



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**O IMPACTO DA DISFAGIA NA QUALIDADE DE VIDA DO
PACIENTE COM CARCINOMA DA CAVIDADE ORAL E
OROFOGARINGE**

Trabalho submetido por
Joana de Carvalho Borges Ribeiro
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2013



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O IMPACTO DA DISFAGIA NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CARCINOMA DA CAVIDADE ORAL E OROFARINGE

Trabalho submetido por
Joana de Carvalho Borges Ribeiro
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor Jorge Rosa Santos

outubro de 2013

RESUMO

Introdução: A disfagia orofaríngea é uma sequela comum do tratamento de carcinomas da cavidade oral e orofaringe. Para além das complicações que lhe estão inerentes, pode ter implicações severas na qualidade de vida dos pacientes.

Objectivos: Avaliar o impacto da disfagia na qualidade de vida dos pacientes, percecionado pelos próprios, identificando quais os aspetos que se encontram mais debilitados; Determinar se existe relação entre a modalidade terapêutica a que cada paciente foi submetido e o aparecimento de disfunções da deglutição, detetando, assim, qual o tratamento com maior influência.

Materiais e métodos: Foi conduzido um estudo a uma amostra de 90 pacientes seguidos no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, tratados previamente a carcinomas da cavidade oral e orofaringe. Utilizou-se a versão portuguesa do Swallowing Quality of Life questionnaire (SWAL-QoL) para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Deglutição (QdVRD) e a escala funcional de ingestão oral (FOIS) para medir a severidade da disfagia.

Resultados: A amostra foi predominantemente do sexo masculino (62%), com idade média de 65 anos. A prevalência da disfagia foi de 84% e as alterações da deglutição indicaram um impacto moderado na QdV dos pacientes da amostra, sendo que os domínios do SWAL-QoL mais afetados foram: *Duração da alimentação*, *Seleção dos alimentos* e *Comunicação*. Pacientes submetidos a cirurgia com RT pos-operatória apresentaram uma maior severidade da disfagia e uma pior QdVRD. A glossectomia e as cirurgias compostas revelaram ser as que maior comprometimento causam.

Conclusões: Pacientes tratados a carcinomas da cavidade oral e orofaringe desenvolvem disfagia orofaríngea e a sua severidade está relacionada com maiores prejuízos na QdV.

Palavras-chave: carcinoma da cavidade oral e orofaringe, abordagem terapêutica, disfagia, qualidade de vida, questionário.

ABSTRACT

Background: Oropharyngeal dysphagia is a common morbidity of oral cavity and oropharynx cancer treatment. Apart from complications that would arise, it may have severe implications in quality of life of patients.

Objectives: Assess the impact of dysphagia on quality of life of patients, perceived by them, identifying which aspects are more compromised; Determine if there is an association between therapeutic modality and swallowing dysfunctions, detecting which treatment has greater influence.

Materials and methods: A study was conducted on a sample of 90 patients followed at the Department of Surgery of Head and Neck on the Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, previously treated for oral cavity and oropharyngeal carcinoma. All patients answered the Portuguese version of the Swallowing Quality of Life questionnaire (SWAL-QoL) to assess QoLRS and Functional Oral Intake Scale (FOIS) to measure the severity of dysphagia.

Results: The sample was predominantly male (62%) with a mean age of 65 years. The prevalence of dysphagia was 84% and swallowing disorders indicated a moderate impact on QoL of the patients. The SWAL-QoL domains most affected were: *Eating duration*, *Food selection* and *Communication*. Patients who underwent surgery with post-operative RT had a higher severity of dysphagia and a worse QoLRS. By type of surgery, glossectomy and composed surgeries were those that had greatest impact.

Conclusions: Patients who underwent treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer develop oropharyngeal dysphagia. Its severity is related to greater impairments in QoL.

Keywords: oral cavity and oropharyngeal cancer, therapeutic modality, dysphagia, quality of life, questionnaire.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	9
1. Doença Oncológica da Cabeça e Pescoço.....	9
1.1. Apresentação Clínica e Histológica.....	9
1.2. Epidemiologia.....	11
1.3. Etiologia e Fatores de Risco	13
1.3.1. Tabaco.....	13
1.3.2. Álcool.....	14
1.3.3. Infecções Virais	16
1.4. Abordagens Terapêuticas	17
1.4.1. Cirurgia	20
1.4.2. Radioterapia	20
1.4.3. Quimioterapia	21
2. Disfagia Orofaríngea.....	24
2.1. Conceito.....	24
2.2. Fisiologia da Deglutição	26
2.3. Disfagia no Paciente Oncológico da Cabeça e Pescoço	27
2.3.1. Efeitos da Cirurgia na Deglutição.....	27
2.3.2. Efeitos da Radioterapia na Deglutição.....	30
2.3.3. Efeitos da Quimioterapia na Deglutição	31
3. Qualidade de Vida.....	33
3.1. Conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	33
3.2. O Impacto da Disfagia na QdV dos Pacientes com Carcinoma da Cavidade Oral e Orofaringe.....	34
4. Objetivos e Hipóteses Experimentais.....	35
MATERIAIS E MÉTODOS	36
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
1. Resultados	40
2. Discussão.....	56
CONCLUSÃO	70
BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição do cancro oral por localização.....	10
Gráfico 2: Distribuição dos novos casos de cancro oral, em Portugal no ano de 2008, por género.....	12
Gráfico 3: Representação esquemática do risco relativo de cancro oral e faríngeo, associado ao consumo de álcool e tabaco.....	15
Gráfico 4: Distribuição das lesões primárias por localização.....	41
Gráfico 5: Distribuição dos graus de severidade da disfagia, segundo a FOIS.....	42
Gráfico 6: Diferenças entre a alimentação por via oral e por sonda na QdVRD.....	48
Gráfico 7: Diferenças entre a consistência dos alimentos na QdVRD.....	49
Gráfico 8: Diferenças entre a severidade da disfagia e a QdVRD.....	51
Gráfico 9: Distribuição dos pacientes pelo impacto da disfagia na QdV.....	52
Gráfico 10: Relação entre a modalidade terapêutica e a severidade da disfagia.....	52
Gráfico 11: Relação entre a modalidade terapêutica e a QdVRD.....	53
Gráfico 12: Relação entre o tipo de cirurgia e a severidade da disfagia.....	54
Gráfico 13: Relação entre o tipo de cirurgia e a QdVRD.....	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Classificação TNM para tumores da cavidade oral e orofaringe.....	18
Tabela 2: Estadiamento de tumores malignos da cavidade oral e orofaringe.....	19
Tabela 3: Caracterização da amostra por género, idade, diagnóstico e estadio.....	40
Tabela 4: Distribuição do tipo de cirurgia e tratamento coadjuvante.....	41
Tabela 5: Distribuição da pontuação de cada domínio do SWAL-Qol.....	43
Tabela 6: Distribuição dos domínios pelo impacto que apresentara na QdV.....	44
Tabela 7: Distribuição da prevalência dos sintomas.....	45
Tabela 8: Distribuição da amostra pelo tipo de alimentação.....	46
Tabela 9: Distribuição da amostra pela consistência dos alimentos.....	46
Tabela 10: Distribuição da amostra pela severidade da disfagia.....	46
Tabela 11: Diferenças entre a alimentação por via oral e por sonda na QdVRD.....	47
Tabela 12: Diferenças entre a consistência dos alimentos na QdVRD.....	48
Tabela 13: Diferenças entre a severidade da disfagia e a QdVRD.....	50
Tabela 14: Relação entre a abordagem terapêutica e a severidade da disfagia.....	53
Tabela 15: Relação entre a modalidade terapêutica e a QdVRD.....	53
Tabela 16: Relação entre o tipo de cirurgia e a severidade da disfagia.....	55
Tabela 17: Relação entre o tipo de cirurgia e a QdVRD.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

CPC – Carcinoma pavimentocelular;

FOIS – Functional Oral Intake Scale;

Gy – Gray;

HPV – Vírus do Papiloma Humano;

IPOFG – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PRb – Proteína do Retinoblastoma;

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea;

PET – Tomografia por Emissão de Positrões;

QdV – Qualidade de Vida;

QdVRD – Qualidade de Vida Relacionada com a Deglutição;

QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

QT – Quimioterapia;

QRT – Quimioradioterapia;

RMN – Ressonância Magnética Nuclear;

RT – Radioterapia;

SWAL-QoL – Swallowing Quality of Life Questionnaire;

SNA – Sistema Nervoso Autónomo;

SNG – Sonda nasogástrica;

TGF- β 1 – Fator de Transformação de Crescimento Beta 1;

TP53 – Proteína Tumoral 53.

INTRODUÇÃO

1. Doença Oncológica da Cabeça e Pescoço

1.1. Apresentação Clínica e Histológica

A doença oncológica da cabeça e pescoço não é considerada uma entidade específica, mas sim um conceito amplo de diversos tipos de tumores com origem em várias estruturas anatómicas, entre as quais se incluem tecidos moles, ossos craniofaciais, glândulas salivares, pele e mucosas (Pai & Westra, 2009).

Deste grupo neoplásico, mais de 90% representam carcinomas pavimentocelulares (CPC), o que faz com que o termo *cancro da cabeça e pescoço* seja utilizado para descrever os carcinomas com origem no epitélio que reveste o trato nasossinusal, cavidade oral, faringe e laringe, com evidência microscópica de diferenciação escamosa (presença de queratina e desmossomas). (Cognetti, Weber & Lai, 2008; Pai & Westra, 2009; Jerjes et al., 2012).

Dentro dos tumores malignos da cabeça e pescoço, os carcinomas da cavidade oral e orofaringe ocupam um lugar de destaque, representando cerca de 40% destes, com aproximadamente 390.000 novos casos por ano em escala mundial (Infante-Cossio, Torres-Carranza, Cayuela, Gutierrez-Perez & Gili-Miner, 2009; Bittar, Paranhos, Fornazari & Pereira, 2010; Silveira et al., 2012).

A apresentação clínica deste grupo de carcinomas é variável, podendo ser do tipo ulcerativo, exofítico ou endofítico. A história pregressa da doença identifica a presença de úlceras que não cicatrizam, nódulos na cavidade oral e/ou pescoço, trismos, hemorragia, disfagia, odinofagia, perda de peças dentárias e eventual sintomatologia associada ao comprometimento dos pares cranianos da região acometida. A dor, embora esteja frequentemente presente em estádios mais avançados da doença, não é considerada um fator preditivo da doença uma vez que muitos carcinomas em fases mais precoces do seu desenvolvimento podem ser totalmente assintomáticos ou associados apenas a um ligeiro desconforto (Shah & Patel, 2001; Neville & Day, 2002; Argiris, Karamouzis, Raben & Ferris, 2008; Shah, Patel & Singh, 2012).

As condições ulcerativas são, habitualmente, acompanhadas por uma margem irregular e endurecimento dos tecidos moles circundantes, enquanto as do tipo exofítico podem apresentar-se como uma de 2 variantes: ou demonstram um crescimento irregular do tipo fungiforme ou, contrariamente, apresentam-se como uma lesão proliferativa plana avermelhada / vermelha-esbranquiçada. Por fim, as condições endofíticas, apesar de terem um componente superficial limitado, apresentam grande comprometimento dos tecidos profundos (Shah & Patel, 2001).

A localização mais comum para o desenvolvimento de carcinoma intraoral é a língua, particularmente no seu bordo póstero-lateral e superfície ventral, contando com 40% de todos os casos na cavidade oral. Segue-se o pavimento da boca, como segunda localização mais frequente, sendo citados 2 principais fatores que justificam estas regiões como alto risco para o desenvolvimento neoplásico. Por um lado, qualquer substância carcinogénica introduzida na cavidade oral será misturada pela saliva que, ficando acumulada no pavimento da boca, estará constantemente em contacto com as duas regiões supracitadas. Por outro lado, a língua e o pavimento da boca são cobertos por uma mucosa não queratinizada, de reduzida espessura, o que confere uma menor proteção contra carcinogénicos (Shah & Patel, 2001; Neville & Day, 2002; Regezi, Sciubba & Jordan, 2003; Shah, Patel, & Singh, 2012).

A distribuição do cancro oral por localização encontra-se representada no gráfico 1.

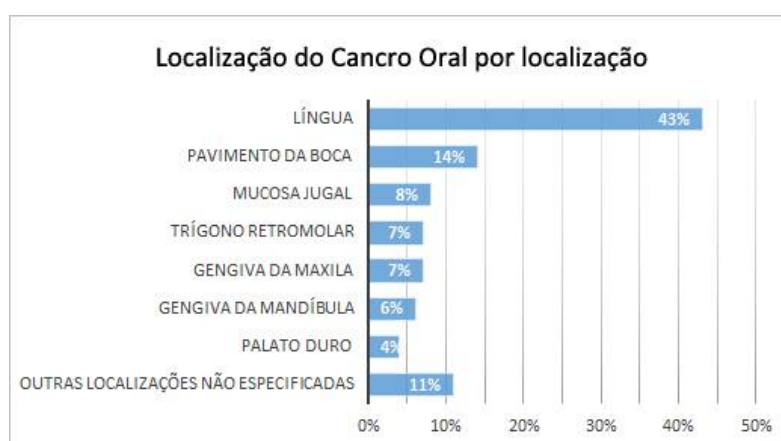


Gráfico 1: Distribuição do cancro oral por localização. Adaptado de Shah & Patel, Cancer of the Head and Neck (Acs Atlas of Clinical Oncology), 2001.

Em termos histológicos, o CPC é um tumor com carácter maligno, de origem epitelial e natureza invasiva. O grau histológico de progressão da doença varia desde a forma

in situ até à forma invasiva. Um carcinoma *in situ*, também denominado displasia severa, refere-se a uma lesão com padrão de atipia celular, que se estende por toda a espessura do epitélio sem haver, contudo, invasão do tecido conjuntivo subepitelial. As alterações estruturais que se podem observar incluem: organização celular anormal, aumento da atividade mitótica e pleomorfismo nuclear (Pai & Westra, 2009).

À medida que a lesão vai progredindo a membrana basal é quebrada, com consequente infiltração do tecido conjuntivo subepitelial. Nesta fase já é evidenciada a presença de CPC na sua forma invasiva, expressando células malignas com diferenciação escamosa, caracterizada pela formação de queratina e presença de pontes intercelulares (Shah, Patel, & Singh, 2012).

1.2. Epidemiologia

Como vários estudos demonstram, a incidência das doenças oncológicas tem vindo a aumentar ao longo do tempo, o que torna cada vez mais pertinente uma avaliação do seu impacto social e económico, quer a nível preventivo, quer a nível do seu tratamento e reabilitação. Para tal, é indispensável a recolha de dados relativos à doença oncológica e a sua análise estatística, de forma a obter padrões epidemiológicos que orientem e fundamentem a prática clínica (Silveira, et al., 2012).

O panorama atual das doenças oncológicas é uma realidade drástica. Em 2008 foram declarados 7,6 milhões de óbitos e a previsão estatística aponta para um crescendo dos mesmos, estimando-se que ocorram 13,1 milhões de mortes por cancro, em 2030. Relativamente ao cancro da cavidade oral, este é o sexto tipo de cancro com maior mortalidade associada, a nível mundial (Parkin, Bray, Feray & Pisani, 2005; Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers, & Parkin, 2010).

A *International Agency for Research on Cancer* (IARC), no estudo GLOBOCAN 2008 registou 12.662,600 novos casos de cancro no mundo, sendo que 263,020 eram referentes a carcinomas da cavidade oral, onde quase 2/3 dos doentes eram do sexo masculino. Este encontra-se dentro dos tipos de cancro com maior incidência no sexo masculino, ocupando a 10^a posição em escala mundial (Ferlay et al., 2010).

É reconhecido que a prevalência e incidência do cancro oral sofre grandes variações de região para região. Dados estatísticos comprovam que no Sudeste Asiático a sua incidência é significativamente maior, estando este facto associado a hábitos culturais como o consumo de preparados de tabaco de mascar com folha de bétel e noz de areca, com potencial altamente cancerígeno (Shah & Patel, 2001; Shah, Patel & Singh, 2012).

Também na Europa de Leste, principalmente nas últimas décadas, a incidência de carcinomas da cavidade oral tem sofrido um aumento significativo, sendo a sua causa ainda desconhecida (Shah, Patel, & Singh, 2012).

Ainda segundo o GLOBOCAN 2008, em Portugal foram registados 43.300 novos casos oncológicos. Destes, 1.025 referem-se a carcinomas da cavidade oral, sendo que apenas 248 foram detectados no sexo feminino e os restantes 777 casos correspondem ao sexo masculino, corroborando com o que está descrito na literatura quanto à taxa de incidência superior nos homens. Destes dados surge que, no sexo masculino, o cancro da cavidade oral é o sexto tipo com maior incidência no nosso país, ocupando uma posição superior relativamente à taxa de incidência mundial do mesmo (Ferlay et al., 2010).

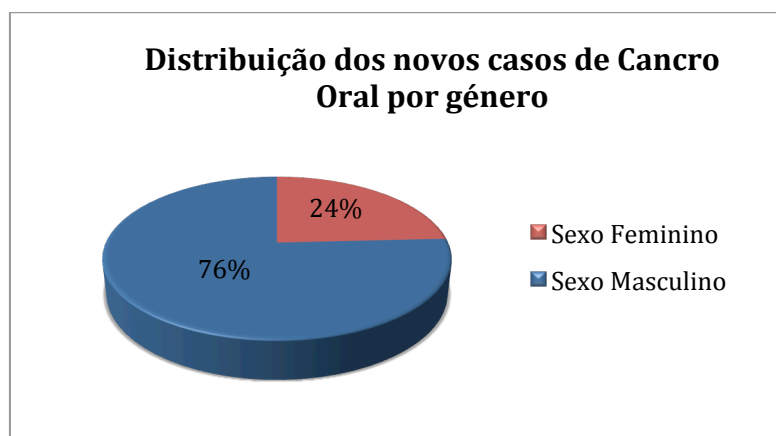


Gráfico 2: Distribuição dos novos casos de cancro oral, em Portugal no ano de 2008, por género.

Adaptado de Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers, & Parkin, 2010.

O cancro oral, em 2008, vitimou mortalmente 341 indivíduos. Esta taxa de mortalidade é elevada quando comparada com a verificada na União Europeia (UE), e está muito possivelmente associada ao sinergismo do tabaco e álcool, cujo consumo se verifica em larga escala na sociedade portuguesa. No entanto, no que diz respeito

aos restantes tipos de cancro, a taxa de mortalidade é mais baixa do que a média da UE (Silveira, et al., 2012).

1.3. Etiologia e Fatores de Risco

O cancro da cavidade oral e orofaringe, na sua etiologia, descreve um padrão multifatorial, no qual fatores ambientais, adquiridos e/ou genéticos se interceptam, desempenhando um papel preponderante na génese de neoplasias.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), fator de risco é qualquer condição, característica ou exposição do indivíduo, que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença ou lesão.

São citados na literatura como sendo fatores de risco: consumo de tabaco e álcool, infeções virais, deficiências nutricionais e dietéticas, traumatismos crónicos da mucosa oral, deficiente higiene oral e hereditariedade (Shah & Patel, 2001; Regezi, Sciubba, & Jordan, 2003; Bittar, Paranhos, Fornazari, & Pereira, 2010; Saman, 2012; Silveira et al., 2012). No âmbito deste trabalho, vai ser abordado e descrito o papel na carcinogénese de apenas 3 dos mesmos: tabaco, álcool e vírus do papiloma humano (HPV).

1.3.1. Tabaco

São inequívocas as evidências que estabelecem o consumo de tabaco como fator de risco *major* no desenvolvimento de carcinomas da cavidade oral e orofaringe (Neville & Day, 2002; Hecht, 2003; Rodu & Jansson, 2004; Argiris, Karamouzis, Raben & Ferris, 2008; Goon et al., 2009; Jerjes et al., 2012), sendo igualmente reconhecido o potencial sinérgico que apresenta quando associado ao consumo de álcool (Hecht, 2003; Argiris, Karamouzis, Raben, & Ferris, 2008; Zygogianni et al., 2012; Jerjes et al., 2012).

Estudos epidemiológicos sugerem que o risco de desenvolver CPC da cavidade oral num indivíduo fumador é 5 a 9 vezes superior do que num não-fumador (Neville & Day, 2002; Jerjes et al., 2012), sendo que existe uma relação dose-dependente, onde o risco é acrescido até 17 vezes para consumidores de 80 ou mais cigarros diários (Neville & Day, 2002).

Os carcinogêneos do tabaco podem atuar segundo duas vias independentes: uma requer ativação metabólica antes de reagir com o DNA, enquanto a outra atua diretamente nos recetores colinérgicos nicotínicos, culminando numa série de eventos que resulta na promoção da oncogénese, pela diminuição apoptose, aumento da angiogénese e proliferação celular.

A via que sofre ativação metabólica é iniciada pelos enzimas do Complexo Citocromo P450, sendo que a maioria dos metabolitos formados é excretada. No entanto, devido à natureza electrofílica de alguns destes, formam-se compostos intermediários capazes de se ligar ao DNA e que, se persistirem durante a fase de replicação do material genético, aumentam consideravelmente a probabilidade de escapar aos sistemas de reparação celular, levando a mutações permanentes na sua sequência. A base da carcinogénese deste mecanismo é estabelecida se as mutações ocorrerem em regiões críticas de oncogenes (RAS e MYC) ou em genes supressores tumorais (TP53 e CDKN2A), resultando na perda dos mecanismos de controlo do crescimento celular levando, consequentemente, ao desenvolvimento tumoral (Hecht, 2003).

1.3.2. Álcool

O consumo crónico de álcool e desenvolvimento de cancro das vias aero-digestivas superiores está bem estabelecido (Neville & Day, 2002; Poschl & Seitz, 2004; Boffeta & Hashibe, 2006; Zygogianni et al., 2012).

Um estudo epidemiológico de 1990 realizado por Maier *et al.*, citado por Poschl & Seitz (2004), demonstrou que 90% de todos os pacientes com patologia oncológica da cabeça e pescoço eram consumidores regulares de álcool.

Um dos mecanismos pelo qual o álcool desencadeia o seu efeito carcinogénico reside na sua propriedade de solvente, modificando a permeabilidade da mucosa oral, o que potencia a entrada de variados componentes cancerígenos, especialmente os do tabaco (Boffeta & Hashibe, 2006). Além disso, o consumo crónico de álcool leva à atrofia do parênquima das glândulas parótida e submandibular, com consequente diminuição do fluxo salivar e viscosidade da saliva aumentada. Desta forma, a ação de limpeza da mucosa oral fica comprometida, o que a expõe a uma concentração aumentada dos carcinogêneos locais, pelo aumento do tempo de contacto (Poschl & Seitz, 2004).

A associação entre o consumo de álcool e tabaco é reconhecida, sendo que aproximadamente 80% dos pacientes dependentes do consumo de álcool, reportam ter hábitos tabágicos. Deste consumo concomitante, no caso da patologia oncológica da cavidade oral, destaca-se o inquietante valor de um risco acrescido 38 vezes superior, comparativamente a um indivíduo que não apresente qualquer um dos dois hábitos (Zygogianni, et al., 2012).

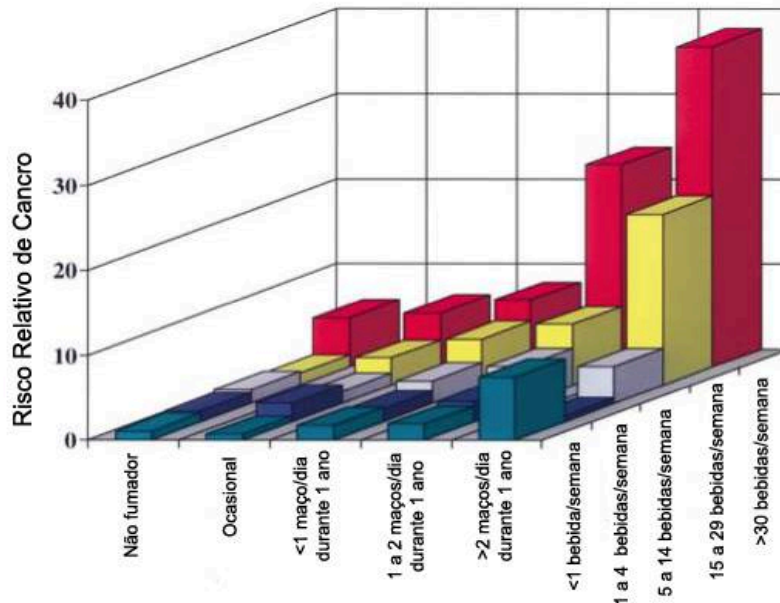


Gráfico 3: Representação esquemática do risco relativo de cancro oral e faríngeo, associado ao consumo de álcool e tabaco. Adaptado de Shah, Patel, & Singh, Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology, 2012.

Embora este mecanismo explique o efeito sinérgico com o tabaco, não tem em consideração o real risco aumentado para pacientes que nunca fumaram. Um estudo realizado por Fioretti, Bosetti, Tavani, Franceschi & La Vecchia (1999) avaliou os fatores de risco para o desenvolvimento de cancro oral e faríngeo em indivíduos não fumadores e concluiu que o consumo de álcool, por si só, desempenha um papel preponderante e contou com mais de 50% dos casos analisados.

De facto, surge a evidência de que o acetaldeído (primeiro metabolito do etanol, pelo enzima álcool-desidrogenase) é o composto responsável pelo efeito tóxico, mutagénico e cancerígeno do álcool, interferindo com a síntese e com os sistemas de reparação do DNA. A formação de compostos estáveis entre o acetaldeído e o DNA é capaz de desencadear erros na replicação do material genético e/ou mutações nos

oncogenes ou genes supressores tumorais, resultando no desenvolvimento neoplásico (Poschl & Seitz, 2004).

1.3.3. Infecções Virais

Mais recentemente, o papel de infecções virais, nomeadamente o Vírus do Papiloma Humano (HPV) tem sido alvo de inúmeros trabalhos de investigação na área, de onde surge o reconhecido papel dos subtipos 16 e 18 como factor causal do CPC da esfera oral e orofaríngea. Esta realidade introduz um novo padrão epidemiológico da doença, que passa a estar cada vez mais presente numa faixa etária inferior a 40 anos de idade e em pacientes não associados aos chamados factores de risco “tradicionais” (consumo de álcool e tabaco).

Numa meta-análise preconizada por Dayyani, Etzel, Liu, Ho, Lippman, & Tsao (2010), a prevalência de CPC associado ao HPV foi de 21,95%, sendo que o HPV-16 representou 86,69% de todos os tumores HPV+. Os mesmos autores reportam que, nos estudos que incluem o cancro orofaríngeo como um subgrupo, a prevalência de HPV foi de 41%, sendo essa a localização de excelência para a incorporação vírica.

São conhecidos cerca de 100 subtipos de HPV em humanos, sendo que as estirpes de alto-risco, HPV16 e HPV18, medeiam o seu efeito carcinogénico através das oncoproteínas virais E6 e E7, as quais são responsáveis por induzir a inativação dos genes supressores tumorais P53 e PRb, respetivamente (Argiris, Karamouzis, Raben, & Ferris, 2008).

Estudos recentes consideram que o CPC relacionado com o HPV tem um comportamento biológico único e propriedades clínicas distintas do carcinoma HPV- e, portanto, deve ser tratado de forma distinta (Slebos, Yi, & Ely, 2006; Goon et al., 2009; Dayyani, Etzel, Liu, Ho, Lippman, & Tsao, 2010).

De facto, a seropositividade para o HPV é um importante fator de prognóstico associado a um desfecho favorável em carcinomas da cabeça e pescoço (Goon, et al., 2009). Estes apresentam uma taxa de sobrevida aumentada, com taxas de mortalidade 60% mais baixas (Dayyani, Etzel, Liu, Ho, Lippman, & Tsao, 2010), uma melhor resposta ao tratamento radioterápico e quimioterápico (Fakhry et al., 2008; Goon et al., 2009; Dayyani, Etzel, Liu, Ho, Lippman, & Tsao, 2010).

O fundamento para este padrão favorável reside no facto de não haver inativação mutacional dos genes supressores tumorais P53 e pRb que, embora inativos pelos oncogenes E6 e E7, encontram-se estruturalmente intactos. Desta forma, a eliminação da expressão de E6 e E7 leva à regeneração das vias apoptóticas, tornando o tumor mais sensível ao tratamento quimio-radioterápico (Goon, et al., 2009).

1.4. Abordagens Terapêuticas

Na medicina contemporânea, os objetivos de qualquer tratamento não são apenas aqueles que visam o aumento da taxa de sobrevivência do paciente, mas sim os que conciliam a preservação dos órgãos envolvidos e, assim, a função que lhes está associada.

No que toca à anatomia topográfica da cabeça e pescoço, dada a sua complexidade e o papel determinante que as suas estruturas desempenham na fisiologia básica para o ser humano, a decisão terapêutica é, frequentemente, um processo complexo.

São vários os condicionantes que determinam a modalidade terapêutica a eleger. O estadiamento inicial do tumor é um dos pontos de partida para essa decisão, sendo efetuado de acordo com a Classificação TNM, proposta pela *Union for International Cancer Control*. Seguindo esta classificação, a doença será categorizada de acordo com a extensão anatómica do tumor primário (T), envolvimento regional de gânglios linfáticos (N) e presença de metástases à distância (M). O estadio resultante desta análise irá servir como diretriz para o regime de tratamento a seguir, dando uma noção do prognóstico da doença e servindo, igualmente, como linguagem inter-institucional padronizada (Union for International Cancer Control, 2013).

Cavidade Oral e Orofaringe	
TX	Tumor Primário não pode ser avaliado
T0	Sem evidência de Tumor Primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 cm ≤ 4 cm
T3	> 4 cm
T4a	<p><u>Cavidade Oral</u>: > 4 cm e invasão da cortical óssea, músculos extrínsecos ou profundos da língua, seio maxilar, pele da face;</p> <p><u>Lábios</u>: > 4 cm e invasão da cortical óssea, nervo alveolar inferior, pavimento da cavidade oral, pele da face;</p> <p><u>Orofaringe</u>: > 4 cm e invasão da laringe, músculos extrínsecos ou profundos da língua, pterigoideu medial, palato duro, mandíbula.</p>
T4b	<p><u>Cavidade Oral e Lábios</u>: > 4 cm e invasão do espaço mastigador, pterigoideus, base do crânio, carótida interna;</p> <p><u>Orofaringe</u>: > 4 cm e invasão do pterigoideu lateral, lâminas pterigoides, nasofaringe, base do crânio, carótida interna.</p>
Nx	Nódulos linfáticos regionais não podem ser avaliados
N0	Sem envolvimento linfático regional
N1	Gânglio homolateral único ≤ 3 cm
N2	(a) Gânglio homolateral único > 3 cm ≤ 6 cm
	(b) Gânglios homolaterais múltiplos ≤ 6 cm
	(c) Gânglios bilaterais ≤ 6 cm
N3	Gânglio > 6 cm
M0	Ausência de metástases à distância
M1	Presença de metástases à distância

Tabela 1: Classificação TNM para tumores da cavidade oral e orofaringe. Adaptado de Patel & Shah, 2005 e Union for International Cancer Control, 2013.

De acordo com os Protocolos de Diagnóstico e Tratamento dos Tumores da Cabeça e Pescoço do IPOLFG (2010), para efeitos de 1ª consulta e para que seja sistematizada a classificação tumoral, todos os pacientes devem realizar os seguintes exames: caracterização histológica da lesão; provas laboratoriais; radiografia (RX) torácica;

tomografia axial computadorizada (TAC) oral/cervical; ecografia de estadiamento cervical; ressonância magnética nuclear (RMN), se se justificar clinicamente; TAC torácica nos estadios T4 N2c e N3, igualmente, se justificado clinicamente; ortopantomografia digital, para os casos de lesão gengival e/ou patologia mandibular; gamagrafia, nos casos de dor óssea ou aumento do nível de fosfatase alcalina; ecografia hepática, se houver alterações das provas de função hepática e, por fim, tomografia por emissão de positrões (PET) nos casos de metástases cervicais de tumor primário oculto (Ferreira, Sargento, Netto, Antunes, & Sousa, 2010).

Após a análise das referidas provas, o tumor será agrupado quanto ao seu estadio inicial, de acordo com a tabela 2.

	Tumor	Nódulos	Metástases
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio III	T1; T2	N1	M0
	T3	N0; N1	M0
Estadio IV A	T1; T2; T3	N2	M0
	T4a	N0; N1; N2	M0
Estadio IV B	Qualquer T	N3	M0
	T4b	Qualquer N	M0
Estadio IV C	Qualquer T	Qualquer N	M1

Tabela 2: Estadiamento de tumores malignos da cavidade oral e orofaringe. Adaptado de Ferreira, Sargento, Netto, Antunes, & Sousa, 2010.

A partir do estadiamento do tumor, a doença será categorizada em 3 grupos clínicos: doença localizada, doença localmente avançada e doença recorrente e/ou metastática. A abordagem terapêutica para cada um destes grupos será distinta e as três modalidades – Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia – desempenham um papel imprescindível e complementar no tratamento da patologia oncológica.

Seguidamente será descrita, de forma sucinta, cada uma das modalidades terapêuticas aplicadas no tratamento desta patologia.

1.4.1. Cirurgia

A cirurgia tem por objetivo proceder à excisão de toda a extensão do tumor, com suficiente margem de segurança, evitando o contacto direto com a lesão. A nível da cavidade oral as margens de tecido são devem ter, pelo menos, 1cm e seguir o princípio da exérese em bloco, prevenindo a disseminação vascular e linfática (Ferreira, Sargento, Netto, Antunes, & Sousa, 2010; Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser, & Loscalzo, 2011).

Dentro da abordagem cirúrgica do tumor, por vezes torna-se imperativo o esvaziamento cervical para que a disseminação da doença por via linfática seja impedida. Este procedimento é realizado em 3 situações: quando há evidência clínica de linfadenopatias cervicais palpáveis; quando há imagens compatíveis com linfadenopatias positivas pelo estudo imagiológico (TAC ou RMN); e, por fim, em casos de metástases cervicais de tumores primários ocultos (Regezi, Sciubba, & Jordan, 2003).

1.4.2. Radioterapia

A Radioterapia (RT), como parte integrante do tratamento primário e/ou adjuvante, baseia-se na distribuição de radiação ionizante X e Gama, sob a forma de ondas eletromagnéticas, com a finalidade de proporcionar o controlo neoplásico e aumentar a taxa de sobrevivência dos pacientes acometidos pela doença (Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser, & Loscalzo, 2011).

De um modo geral, a radioterapia pode ter 3 objetivos distintos: curativo, remissivo e sintomático ou paliativo. O seu efeito biológico pode exercer-se de forma direta, através da quebra das cadeias de DNA com consequente morte celular, ou de forma indireta, onde a radiação gera a formação de radicais livres a partir de moléculas de água, que pode levar à lesão da membrana celular, proteínas e organelos da célula irradiada. A seletividade da radiação para células cancerígenas é atribuída aos defeitos na capacidade destas células para reparar danos no DNA assim como lesões sub-letais. Pelo contrário, as células não tumorais têm um poder de reparação mais rápido, o que as possibilita manter a sua função (Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser, & Loscalzo, 2011).

A distribuição terapêutica da radiação pode ser realizada por 2 vias: Teleterapia (radioterapia por feixe externo) e Braquiterapia (com colocação de uma fonte de radiação dentro ou adjacente ao tumor). No caso dos CPC da cabeça e pescoço, a radiação utilizada com intenção curativa é habitualmente distribuída em frações diárias de 2 Gray (Gy), 5 dias por semana durante 7 semanas, com uma dosagem total de 70 Gy (Argiris, Karamouzis, Raben, & Ferris, 2008).

No entanto, durante os últimos anos têm surgido novos regimes de radioterapia com esquemas desenvolvidos com o objetivo de melhorar o controlo loco-regional da doença e, ao mesmo tempo, minimizar os efeitos tóxicos agudos e tardios associados à radiação. Para tal, utiliza-se duas variantes do fracionamento convencional: o Hiperfracionamento e o Fracionamento Acelerado.

Uma meta-análise composta por 15 ensaios clínicos randomizados, com inclusão de 6515 pacientes, demonstrou que os diferentes tipos de fracionamento alterado podem melhorar a eficácia clínica da radioterapia em CPC da cabeça e pescoço, quando comparados com a radioterapia convencional. De um modo geral, comparando as duas modalidades, ao fim de 5 anos observou-se um aumento na taxa de sobrevivência de 3,4%, e de 6,4% no controlo loco-regional. Quanto aos diferentes tipos de fracionamento alterado, o hiperfracionamento demonstrou ter uma vantagem superior na taxa de sobrevivência (8% aos 5 anos), sendo que o controlo loco-regional foi semelhante em ambos os grupos (Bourhis, et al., 2006).

1.4.3. Quimioterapia

A quimioterapia (QT) refere-se à modalidade terapêutica que utiliza fármacos para controlo neoplásico. Em casos de tumores da cabeça e pescoço, as substâncias quimioterápicas empregues para esse fim são agentes à base de platina (cisplatina; carboplatina), taxanos (paclitaxel; docetaxel) e antimetabólitos (metotrexano; 5-fluorouracilo). Mais recentemente tem-se dado ênfase ao cetuximab, um anticorpo monoclonal direcionado ao domínio extracelular do receptor do fator de crescimento epidérmico, cuja expressão em CPC da cabeça e pescoço é extremamente elevada (Shah, Patel, & Singh, 2012).

O objetivo da QT em tumores malignos da cabeça e pescoço sofreu alterações ao longo do tempo. Se inicialmente esta era apenas utilizada com intuito paliativo em pacientes que apresentavam estadios de doença avançados, hoje em dia o seu papel

modificou-se e é utilizada como parte integrante do tratamento neoplásico, especialmente em casos de tumores irresssecáveis (Argiris, Karamouzis, Raben, & Ferris, 2008; Cognetti, Weber, & Lai, 2008; Sambargi, Pai, Maligi, Ramanarayan, & Sanjay, 2012).

A integração da QT pode ser incorporada antes, durante ou após o tratamento loco-regional definitivo (cirúrgico ou radioterápico), sendo esta classificada como indutiva, concomitante ou adjuvante, respetivamente (Pignon, Maître, Maillard, & Bourhis, 2009).

A QT indutiva ou neoadjuvante refere-se à aplicação de agentes quimioterápicos previamente à terapêutica definitiva, com o intuito de reduzir a dimensão do tumor e erradicar a doença micrometastática, facilitando o tratamento local definitivo a aplicar posteriormente. A resposta da doença à administração da QT indutiva pode, também, servir para tirar ilações acerca do prognóstico e de qual a melhor terapêutica definitiva a aplicar (Cognetti, Weber, & Lai, 2008).

Por outro lado, a QT concomitante é aplicada juntamente com a RT, melhorando as taxas de controlo loco-regional e sobrevivência geral, uma vez que a ação da RT é potenciada pelo efeito radiosensibilizante da QT nas células tumorais. A sua ação sistémica também está comprovada, no sentido de reduzir a incidência de metástases à distância. Além do exposto, permite uma maior preservação de órgãos (Cognetti, Weber, & Lai, 2008; Sambargi, Pai, Maligi, Ramanarayan, & Sanjay, 2012).

Por fim, existe a QT adjuvante. Esta está indicada após a resseção de tumores de estadios mais avançados, bem como quando estão presentes no local da cirurgia indicadores de recorrência, tais como margens da resseção com células neoplásicas, atingimento extra-nodular ou extra-capsular, invasão perineural ou envolvimento de 2 ou mais nódulos linfáticos regionais (Seiwert & Cohen, 2005).

Numa meta-análise que incluiu 87 ensaios randomizados, com 16,485 pacientes, foi avaliada a eficácia do tratamento loco-regional *versus* o mesmo tratamento loco-regional complementado com QT. Concluiu-se que o benefício na sobrevivência a 5 anos da aplicação da QT foi de 4,5%, sendo que a QT concomitante foi a que apresentou resultados mais favoráveis. No que toca ao controlo loco regional, a QT concomitante foi, igualmente, a que apresentou melhores resultados. Contudo, no que

diz respeito ao efeito à distância, foi a QT indutiva que se revelou mais benéfica. Isto sugere que a combinação entre a QT indutiva e concomitante pode ser a abordagem com resultados mais satisfatórios (Seiwert & Cohen, 2005).

2. Disfagia Orofaríngea

2.1. Conceito

Disfagia orofaríngea é um sintoma comum em pacientes com patologia oncológica da cabeça e pescoço. Refere-se à dificuldade em deglutir ou a qualquer interrupção/anomalia no processo de deglutição, que ocorra durante o transporte do bolo alimentar da cavidade oral até ao estômago (Gaziano, 2002; García-Peris et al., 2007).

A disfagia orofaríngea pode apresentar diversas etiologias, sendo representativas, para além da patologia oncológica da cabeça e pescoço, causas mecânicas e obstrutivas (tireomegália, linfadenopatias, divertículo de Zencker) e distúrbios neuromusculares, entre os quais AVC, doença de Parkinson, esclerose múltipla, miastenia grave, entre outras (World Gastroenterology Organization, 2004).

Nos pacientes com tumores da cabeça e pescoço a disfagia é um sintoma frequente, uma vez que toda a coordenação neuromuscular necessária para que o processo de deglutição se verifique de forma segura e eficaz pode estar comprometida, podendo apresentar-se como sinal cardinal inicial da doença, pela compressão das estruturas anatómicas adjacentes ou, mais frequentemente, como sequela da abordagem terapêutica aplicada (Arias, et al., 2004). Assim, a combinação da doença e o seu tratamento pode ter um impacto significativo na capacidade de alimentação dos pacientes. De acordo com Dwivedi et al. (2012), cerca de 75% destes pacientes apresentam queixas associadas à deglutição durante o período pós-tratamento.

Para além do exposto, Raber-Durlacher et al. (2012) referem que a disfagia não é um sintoma isolado. É antes um conjunto de sintomas que inclui componentes como dor orofaríngea ou esofágica, limitações na fala, xerostomia, disgeusia, tosse, complicações pulmonares e presença de vias alternativas de alimentação.

A Organização Mundial de Gastroenterologia (2004) refere como principais manifestações associadas à disfagia: dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, tosse, fala anasalada, redução no reflexo de tosse e engasgamento, sendo que a sua severidade depende do tamanho e localização da lesão, extensão da excisão cirúrgica e natureza da reconstrução ou dos próprios efeitos da RT ou QT nas

estruturas envolvidas na deglutição (Gaziano, 2002). A severidade pode ainda variar de uma ligeira/moderada dificuldade em deglutir até à impossibilidade de manter uma alimentação por via oral (García-Peris, et al., 2007).

Da disfagia orofaríngea surgem sérias complicações para o paciente, sendo a desnutrição, desidratação e o risco aumentado de aspiração aquelas que merecem maior destaque e monitorização (García-Peris, et al., 2007).

A reduzida ingestão de alimentos e alterações dietéticas desfavoráveis podem conduzir a um estado de desnutrição que, muitas vezes só consegue ser compensado através da implementação de vias alternativas de alimentação. No entanto, a sua manutenção por períodos de tempo muito prolongados pode contribuir para um estado de disfagia mantido, devido à atrofia dos músculos envolvidos na deglutição. Quanto à desidratação, para além de poder afetar a função renal, pode ainda promover uma secura das mucosas e menor salivação (García-Peris, et al., 2007; Raber-Durlacher, et al., 2012).

Por fim, no que se refere à aspiração, esta ocorre quando o material deglutido entra na via aérea e pulmões, sendo usualmente manifestada por tosse ou pela necessidade de desobstruir a garganta. No entanto, quase metade dos pacientes com carcinomas da esfera oral e orofaríngea apresenta o reflexo da tosse ausente ou ineficaz (Raber-Durlacher, et al., 2012).

A taxa de incidência da aspiração varia entre 36-94%, sendo que a taxa de aspiração silenciosa oscila entre 22-67% e é causada pela redução ou ineficácia do reflexo da tosse. As consequências associadas são graves e preocupantes, podendo daí advir pneumonias por aspiração, cuja taxa de mortalidade ronda os 50%. Até uma ligeira aspiração do conteúdo deglutido pode levar a septicemia ou falha respiratória (García-Peris, et al., 2007; Jung, Kim, & Joo, 2011; Raber-Durlacher, et al., 2012).

2.2. Fisiologia da Deglutição

Para que a disfagia seja compreendida em pleno é importante conhecer o modo como a deglutição, em condições fisiológicas, se desenvolve.

O fenómeno da deglutição, seguro e eficaz, é possível graças a uma série de eventos neuromusculares interligados num processo contínuo que se divide em 3 fases: oral, faríngea e esofágica, de acordo com a localização do bolo alimentar (Arias, et al., 2004).

A fase oral é totalmente voluntária, compreende os fenómenos que ocorrem desde a entrada do alimento na cavidade oral até à sua preparação para a deglutição e requer coordenação dos lábios, língua, dentes, mandíbula e palato mole (Gaziano, 2002).

Uma vez na cavidade oral, o alimento é misturado com a saliva e triturado até haver formação de uma massa coesiva, o bolo alimentar. Ao mesmo tempo, o palato mole aproxima-se da língua e cria um selamento glossofaríngeo que previne a propulsão prematura do bolo alimentar para a faringe. Assim que o bolo alimentar estiver preparado para ser deglutido, a língua é contraída, de anterior para posterior, contactando primeiro com a porção anterior do palato duro, imediatamente atrás da zona dos incisivos superiores. A área de contacto entre a língua e o palato duro aumenta gradualmente para posterior, impulsionando o bolo alimentar para a orofaringe (Gaziano, 2002; Arias, et al., 2004; Matsuo & Palmer, 2008; Manikantan, et al., 2009).

Assim que o bolo alimentar entra na hipofaringe dá-se início à fase faríngea da deglutição, que envolve uma série complexa de ações, cujo resultado é propulsionar o bolo alimentar da faringe até ao esófago e, ao mesmo tempo, prevenir a sua entrada na via aérea. Esta fase é totalmente involuntária e para que se verifique com eficácia, devem ocorrer os seguintes fenómenos: (1) elevação do palato mole com encerramento da nasofaringe, o que previne a regurgitação nasal do material deglutido; (2) contração dos músculos constritores da faringe, que impulsionam o bolo alimentar através da faringe; (3) mecanismos protetores da via aérea, que vão prevenir a aspiração do material deglutido, tais como: adução das cordas vocais; inversão da epiglote com selamento do vestibulo laríngeo; movimentos ântero-superiores do osso hióide e laringe, através da contração dos músculos supra-hioideus

e tirohioideu, o que leva ao relaxamento do músculo cricofaríngeo (Gaziano, 2002; Matsuo & Palmer, 2008; Manikantan, et al., 2009).

A fase faríngea termina quando ocorre a abertura do esfíncter esofágico superior, permitindo a passagem do bolo alimentar para o esófago. A abertura do esfíncter é condicionada por 3 eventos: relaxamento do músculo cricofaríngeo, contração dos músculos supra-hioideus e tirohioideu, e pela própria pressão exercida pelo trajeto descendente do bolo alimentar (Matsuo & Palmer, 2008).

Por fim, a fase esofágica é totalmente involuntária e caracteriza-se pela propulsão do bolo alimentar para o estômago, através de ondas peristálticas, reguladas pelo sistema nervoso autónomo (SNA). (Matsuo & Palmer, 2008).

Todo este processo, desde a entrada do alimento na cavidade oral até à sua chegada ao estômago, não ultrapassa os 20 segundos (Gaziano, 2002).

2.3. Disfagia no Paciente Oncológico da Cabeça e Pescoço

Pacientes com tumores malignos da cavidade oral e orofaringe são habitualmente tratados através da excisão cirúrgica da lesão, radioterapia, quimioterapia ou uma combinação de procedimentos. Cada um destes tratamentos pode ser responsável pelo desenvolvimento de disfagia, em maior ou menor grau, sendo seguidamente abordado o seu mecanismo.

2.3.1. Efeitos da Cirurgia na Deglutição

Qualquer intervenção cirúrgica direccionada à excisão de lesões malignas da cavidade oral pode resultar em danos anatómicos e/ou neurológicos com consequente disfunção na deglutição, sendo as fases preparatória e oral as mais prejudicadas (Manikantan, et al., 2009). De um modo geral, a transecção de fibras musculares e nervosas, a formação de tecido cicatricial e a perda de sensibilidade podem afectar o normal funcionamento das estruturas responsáveis pela deglutição (Raber-Durlacher, et al., 2012).

O grau e tipo de disfagia irá depender de fatores como tamanho e localização da lesão, extensão da ressecção e a natureza da reconstrução (Gaziano, 2002; Pauloski, 2009; Manikantan, et al., 2009). Comummente, quanto maior a ressecção, maior será o

prejuízo na deglutição. No entanto, se a ressecção, ainda que pequena em dimensão, se desenrolar através de estruturas vitais à formação e transporte do bolo alimentar, bem como à proteção das vias aéreas tais como língua e laringe, o impacto na deglutição será, seguramente, maior (Raber-Durlacher, et al., 2012).

De acordo com o tamanho da lesão, um estudo realizado por Dwivedi et al. (2012) demonstrou que estadios avançados da doença (T3 e T4) estavam associados a alterações da deglutição significativamente mais severas, quando comparados com estadios iniciais (T1 e T2). Os autores fundamentaram este facto com a premissa de que os estadios mais avançados, normalmente requerem ressecções mais alargadas, esvaziamento cervical associado e terapêuticas adjuvantes que, todos juntos, comprometem a deglutição.

Quanto à influência da área excisada, já em 1979 Logemann e Bytell desenvolveram um estudo com 3 grupos de pacientes submetidos a intervenção cirúrgica devido a carcinomas da orofaringe. Do estudo resultou que o grupo de pacientes com tumores na base da língua apresentava maiores dificuldades na deglutição, quando comparados com pacientes com tumores no pavimento anterior da cavidade oral.

Mais recentemente, Pauloski (2008) afirma que pacientes submetidos a ressecções da base da língua apresentam um aumento dos tempos de preparação oral, trânsito oral e faríngeo e redução da eficácia de deglutição orofaríngea. Corrobora ainda que uma ressecção superior a 25% está associada à incapacidade de desencadear a fase faríngea da deglutição, a uma dificuldade na passagem do bolo alimentar através da faringe e à aspiração. Já em 2012, num estudo preconizado por Dwivedi et al., obteve-se o mesmo resultado, sendo que os pacientes com carcinomas na região da base da língua apresentaram maior comprometimento na deglutição.

Segundo Gaziano (2002), qualquer procedimento que minimize o contacto entre a base da língua e a parede faríngea pode resultar numa pressão reduzida para a propulsão do bolo alimentar. Como consequência pode ocorrer um atraso na iniciação da deglutição ou estase faríngea do bolo alimentar.

De igual modo, a excisão de tumores localizados numa porção posterior da cavidade oral, tais como palato mole, trígono retromolar e fossa amigdalina, normalmente relaciona-se com um maior grau de disfagia (Gaziano, 2002).

Relativamente à porção móvel da língua, ressecções até 1/3 da mesma resultam em dificuldades transitórias na deglutição, sendo que se não houver envolvimento de outras estruturas, os pacientes podem recuperar a alimentação por via oral, um mês após a cirurgia. No entanto, há uma percentagem significativa de pacientes que são submetidos a ressecções mais extensas, de modo a obter-se um adequado controlo loco-regional da doença. Deste modo, se houver envolvimento do pavimento da boca ou do nervo hipoglosso, o impacto será mais severo (Gaziano, 2002).

Em casos de glossectomia total, também é possível haver uma recuperação funcional na deglutição, sendo esta dificultada nas situações onde se associa uma ressecção anterior da mandíbula. Nestas circunstâncias o paciente torna-se incapaz de executar uma correta elevação da laringe, interferindo na abertura cricofaríngea. Outro fator que dificulta a recuperação é a associação com esvaziamento cervical bilateral, exceto se for possível preservar o nervo laríngeo superior, osso hioide e epiglote (Gaziano, 2002).

Nos pacientes glossectomizados a dificuldade na deglutição é traduzida por uma fase oral prolongada, associada a um aumento da presença de resíduos orais e faríngeos. Este impedimento consiste em problemas mastigatórios, controlar os alimentos na boca e em iniciar a deglutição (Gaziano, 2002; Pauloski, 2009).

Quanto ao envolvimento de lesões do palato, o seu tratamento cirúrgico gera por vezes a criação de fístulas oronasais, as quais prejudicam uma segura alimentação por via oral. Esses defeitos requerem confecção de próteses obturadoras, para que seja possível reabilitar a função oral destes pacientes (Manikantan, et al., 2009; Raber-Durlacher, et al., 2012).

Por fim, nas lesões a nível mandibular, o impacto relaciona-se com o tipo de cirurgia efectuada. Em casos de mandibulectomia marginal, está descrito um baixo impacto na deglutição. Contrariamente, em mandibulectomias segmentares, a função mastigatória e a deglutição tendem a estar significativamente mais comprometidas (Pauloski, 2009).

Quanto à natureza da reconstrução, esta pode igualmente influenciar a deglutição pós-operatória, sendo classificada em 4 tipos: encerramento primário, enxerto cutâneo, retalho pediculado e retalho livre. Destes, os retalhos apresentam piores resultados,

pois embora tenham função na obturação da boca cirúrgica, não participam eficazmente na dinâmica funcional e sensitiva da deglutição. Contrariamente, o encerramento primário e os enxertos cutâneos apresentam uma maior eficácia na recuperação da deglutição (Pauloski, 2009; Dwivedi, et al., 2012).

2.3.2. Efeitos da Radioterapia na Deglutição

As manifestações orais da radioterapia estão amplamente estudadas e difundidas na literatura. Os efeitos adversos desta modalidade terapêutica podem ser agudos, apresentando-se durante o período de irradiação, ou tardios, com manifestação a partir dos 3 meses que sucedem o término do tratamento radioterápico.

Entre os primeiros estão incluídos a xerostomia, mucosite, eritema, dor e perda de paladar, enquanto os últimos são referentes a xerostomia, osteorradionecrose, trismus, cárie dentária, alteração do paladar e fibrose dos tecidos. A xerostomia e alteração do paladar são manifestações agudas que podem perpetuar-se no tempo (Gaziano, 2002; Arias, et al., 2004; Manikantan, et al., 2009; Raber-Durlacher, et al., 2012).

As complicações agudas apresentam um potencial contributo para o desenvolvimento de disfagia uma vez que resultam em sintomatologia dolorosa da cavidade oral, com necessidade de alterações dietéticas ou implementação de vias alternativas de alimentação. Cerca de 3 meses após o tratamento estar terminado, os efeitos agudos estão na sua maioria solucionados e grande parte dos pacientes é capaz de recuperar uma normal função da deglutição. No entanto, o *stress* oxidativo e a hipóxia gerados desencadeiam uma contínua cascata de citocinas inflamatórias, com consequente dano nos tecidos expostos à radiação, e a disfagia pode desenvolver-se até anos após o tratamento estar terminado, como resultado das sequelas tardias do mesmo (Gaziano, 2002; Raber-Durlacher, et al., 2012).

É dado particular ênfase à relação entre a disfagia e a presença de xerostomia e fibrose, sendo essas duas condições abordadas seguidamente.

A associação entre xerostomia e disfagia é estabelecida pelas alterações na formação do bolo alimentar, inerentes à redução do fluxo salivar (Manikantan, et al., 2009). É comum que o campo terapêutico irradiado inclua as glândulas salivares, resultando numa taxa de secreção salivar significativamente mais reduzida, sendo a parótida especialmente sensível aos efeitos da RT (Pauloski, 2009).

A importância da saliva na mastigação e deglutição está bem reportada na literatura. Alterações na sua viscosidade, composição ou diminuição da taxa de secreção pode resultar em dificuldades na iniciação da deglutição (Pedersen, Bardow, Jensen, & Nauntofte, 2002).

A xerostomia está então associada a dificuldades mastigatórias e a um atraso no início da deglutição, devido à diminuição da lubrificação do bolo alimentar, pela falta de saliva. A percepção dos pacientes quanto à qualidade e conforto na alimentação também se torna negativamente afetada pela xerostomia (Platteaux, Dirix, Dejaeger, & Nuyts, 2010).

Os tecidos mucocutâneos submetidos à radiação apresentam igualmente alterações. Estes desenvolvem um aumento da permeabilidade vascular, levando à deposição de fibrina, formação de colagénio e fibrose (Manikantan, et al., 2009). A base deste mecanismo está na hiperativação do fator de transformação de crescimento beta 1 (TGF- β 1), através da radiação ionizante, aumentando a síntese de colagénio e retardando a sua decomposição. O exposto leva à fibrose da musculatura orofaríngea, resultando no comprometimento do movimento dos músculos da língua, constritores da faringe e elevadores da laringe, responsáveis pela disfagia associada à radioterapia (Pauloski, 2009; Platteaux, Dirix, Dejaeger, & Nuyts, 2010).

Por último, a RT afecta tanto a fase oral como a fase faríngea da deglutição, sendo que os pacientes apresentam um tempo de trânsito oral aumentado (provavelmente resultado da xerostomia associada), resíduo faríngeo acrescido e redução da duração da abertura cricofaríngea (Pauloski, 2009).

2.3.3. Efeitos da Quimioterapia na Deglutição

Os agentes quimioterápicos utilizados para o tratamento do cancro da cabeça e pescoço apresentam efeitos adversos com repercussões na deglutição, ocasionando náuseas, vômitos e mucosite. De ressaltar que a mucosite associada à QT, ao contrário daquela causada pela RT, afeta toda a mucosa oral e trato digestivo, podendo gerar uma dor de tal forma intensa (especialmente na sua fase ulcerativa) que exija uma via de alimentação não oral, uma vez que a deglutição e alimentação podem estar severamente comprometidas (Gaziano, 2002; Arias, et al., 2004; Pauloski, 2009).

A neutropénia associada pode agravar os sintomas referidos e comprometer o estado geral e nutricional dos pacientes (Arias, et al., 2004).

Tendo em conta que a quimioterapia é muitas vezes associada à radioterapia – quimioradioterapia (QRT) – como modalidade terapêutica instituída para preservação de órgãos, vários estudos descritos na literatura têm em consideração o seu efeito combinado. Seria pressuposto que a preservação das estruturas resultaria consequentemente na preservação da função. No entanto, estudos na área referem que a deglutição não é mantida em níveis considerados fisiológicos, estando presentes disfunções significativas durante o 1º ano pós-tratamento (Pauloski, 2009).

Os regimes que utilizam a QRT para preservação de órgãos nem sempre se traduzem na preservação da função, uma vez que os seus efeitos agudos e crónicos são bastante mais marcados, devido ao efeito radiosensibilizador da QT (Raber-Durlacher, et al., 2012).

São referidas disfunções no controlo e tónus da língua, resíduo oral aumentado, redução da inversão da epiglote, redução da elevação laríngea e resíduo faríngeo aumentado, requerendo múltiplas deglutições para desobstrução da via (Pauloski, 2009).

3. Qualidade de Vida

3.1. Conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

O termo *qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS)*, embora conceptualmente inespecífico, surge nos séculos XVIII e XIX, altura em que as medidas de saúde pública marcam o seu início (Minayo, 2000).

De acordo com Gill & Feinstein (1994), qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito subjetivo, relacionado com a avaliação do próprio paciente quanto ao impacto que o seu estado de saúde traduz na capacidade de viver plenamente (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Já a OMS define qualidade de vida (QdV) como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e de sistema de valores em que se enquadra, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Minayo, 2000).

A qualidade de vida relacionada com a saúde é hoje um objetivo em Medicina (Silveira, et al., 2009). A importância da sua aplicação reside no facto de poder guiar os profissionais de saúde na compreensão global do impacto que a doença e/ou tratamento desempenham, demonstrando quando e em que grau podem surgir sintomas ou efeitos secundários (Shepherd & Fisher, 2004).

Em Portugal, segundo Silveira et al. (2009), a implementação da avaliação da QdVRS dos doentes é ainda contestada e colocada em dúvida, sendo apontadas como causas: falta de familiaridade com os estudos relevantes na área; falta de tempo; relutância em aceitar que a percepção do doente sobre os seus resultados é tão importante como a do médico; inexistência de infraestruturas nos serviços das instituições de saúde que permitam avaliação da QdVRS por rotina, entre outras.

Os mesmos autores sugerem ainda como uma mais-valia a aplicação de instrumentos de medida com boas características psicométricas, com carácter multidimensional, que não aumente o tempo de consulta e que seja prático de administrar e quantificar. Nesse sentido, a avaliação da QdVRS converter-se-ia num instrumento de diagnóstico e de *follow-up*, permitindo determinar a evolução do estado de cada paciente, comparando-o em tempos diferentes (Silveira, et al., 2009).

3.2. O Impacto da Disfagia na QdV dos Pacientes com Carcinoma da Cavidade Oral e Orofaringe

A doença oncológica da cabeça e pescoço tem um profundo impacto na QdV dos pacientes e suas famílias. O seu impacto negativo deve-se às alterações físicas, funcionais, emocionais e sociais pelas quais os pacientes são, muitas vezes, submetidos (Silveira, et al., 2012).

Os tumores da cabeça e pescoço, dada a sua topografia, envolvem a anatomia e fisiologia craniofacial, o que condiciona em primeira instância importantes funções da esfera humana, tais como visão, audição, olfacto, deglutição, respiração, sistema endócrino, entre outros (Silveira, et al., 2012).

No que diz respeito à patologia oncológica da cavidade oral e orofaringe, funções como a deglutição, mastigação, salivação e fala podem estar profundamente afetadas. Paralelamente, dada a natureza mutilante da doença, a aparência facial pode estar condicionada. Todas estas transformações podem estar relacionadas a uma alteração nas relações sociais dos pacientes, isolamento e *stress* emocional, condicionando de forma negativa a sua QdV (Carranza, Cossío, Guisado, Aumente, & Pérez, 2008).

A nova realidade que os pacientes enfrentam provoca alterações importantes no seu estilo de vida, nomeadamente no que se refere à alimentação e fala. O impacto que a disfagia apresenta na qualidade de vida dos pacientes faz-se sentir em várias situações. O tempo de refeição passa a ser bastante prolongado, com uma limitada escolha de alimentos e associado a preparações especiais, o que leva muitas vezes ao isolamento destes pacientes durante as refeições. Todas estas dificuldades experienciadas pelos pacientes podem afetar a sua saúde mental e resultar em isolamento social. O eventual comprometimento da aparência facial, devido à necessidade de uma cirurgia alargada, pode afetar negativamente a sua autoestima, contribuindo ainda mais para o isolamento social e *stress* psicológico. A este *stress* associa-se, em alguns casos, o síndrome de abstinência de álcool e tabaco, causando um estado de elevada ansiedade e depressão (Gaziano, 2002; Arias, et al., 2004; Raber-Durlacher, et al., 2012).

4. Objetivos e Hipóteses Experimentais

Este trabalho tem como objetivo primário avaliar:

- O impacto da disfagia na QdV dos pacientes tratados a carcinomas da cavidade oral e orofaringe.

Secundariamente pretende-se avaliar:

- A prevalência da disfagia na amostra;
- Os graus de severidade da disfagia, de acordo com o tipo de ingestão oral possível dos doentes;
- A relação entre a modalidade terapêutica aplicada e a severidade da disfagia;
- A relação entre a modalidade terapêutica aplicada e o impacto da disfagia resultante na QdV dos pacientes.

Quanto às hipóteses experimentais, temos as seguintes:

- Hipóteses Nulas
 - A disfagia não afeta a QdV dos pacientes oncológicos da cavidade oral e orofaringe;
 - Não se verifica relação entre a modalidade terapêutica adotada e a severidade da disfagia e/ou seu impacto na QdV.
- Hipóteses Alternativas:
 - A disfagia afeta a QdV dos pacientes oncológicos da cavidade oral e orofaringe;
 - Existe relação entre a modalidade terapêutica adotada e a severidade da disfagia e/ou seu impacto na QdV.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho de investigação elaborou-se um estudo transversal, entre maio e setembro de 2013, a uma amostra populacional de 90 pacientes seguidos nas consultas de *follow-up* do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG), previamente tratados a carcinoma da cavidade oral e orofaringe.

O presente estudo teve a aprovação do Conselho de Investigação, Comissão de Ética e Conselho de Administração do IPOLFG (anexos 1, 2 e 3). Foi igualmente aprovado pelo Conselho Científico e Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (anexo 4).

Todos os pacientes inquiridos concordaram participar no estudo e tomaram conhecimento do propósito do mesmo através do consentimento informado que lhes foi facultado, previamente à entrevista (anexo 5).

Cada paciente completou a versão portuguesa do questionário SWAL-QoL (anexo 6) e a escala FOIS (anexo 7), expostos verbalmente pelo entrevistador. No final da entrevista foi recolhida informação adicional através do processo clínico de cada paciente, acerca da localização da lesão primária, estadió do diagnóstico (classificação TNM) e tipo de tratamento efetuado.

Seguidamente será feita uma descrição sumária dos materiais utilizados.

1. SWAL-QoL-PT

Originalmente elaborado por McHorney et al. em 2000, este questionário surgiu pela necessidade de se criar um instrumento específico que avaliasse o impacto da disfagia na QdV dos pacientes, do ponto de vista dos mesmos, na tentativa de compreender como as diferentes modalidades terapêuticas afetavam tanto a deglutição como a forma como os pacientes lidavam com a disfagia. Isto torna-se importante uma vez que os exames objetivos utilizados para diagnosticar as alterações funcionais da disfagia não traduzem as limitações vivenciadas pelos pacientes, num contexto social e psicológico (McHorney, et al., 2000).

O SWAL-QoL é considerado o *Gold Standard* para investigação do impacto da disfagia na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que avalia esta disfunção de forma abrangente e independente da etiologia, possibilitando ainda a diferenciação de doentes disfágicos dos não disfágicos, bem como do grau de alteração da deglutição (McHorney, et al., 2002; Bogaardt, Speyer, Baijens, & Fokkens, 2009).

Este instrumento é composto por 44 itens, que avaliam 11 aspetos da QdV: alimentação como um fardo, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. Cada paciente responde ao **grau de veracidade** (*totalmente verdade; muito verdade; alguma verdade; muito pouco verdade; falso*), **frequência** (*sempre; muitas vezes; algumas vezes; poucas vezes; nunca*) ou o **quanto concorda** (*concordo totalmente; concordo; não tenho a certeza; discordo; discordo totalmente*) com cada afirmação, através de uma escala Likert de 1 a 5 pontos. Todas as escalas são transformadas linearmente para se obter uma pontuação de 0 a 100, onde 100 representa o estado mais favorável e 0 o menos favorável. No final são realizadas 3 perguntas adicionais que abordam a utilização de vias alternativas de alimentação e textura e consistência dos alimentos (sólidos e líquidos) mais frequentemente consumidos na última semana (McHorney, et al., 2002).

Para este estudo utilizou-se a versão portuguesa do SWAL-QoL, previamente validada em doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço por Daniela de Oliveira Vieira, em 2010 (Vieira, 2010).

2. Escala Funcional de Ingestão Oral - FOIS

Desenvolvida por Crary, Carnaby Mann & Groher (2005) e validada para a população portuguesa por Moreira (2012), esta escala ordinal visa classificar a severidade da disfagia em 7 níveis, de acordo com o tipo de ingestão oral possível dos doentes. Os níveis 1-3 referem-se aos vários graus de ingestão não oral, enquanto os restantes (4-7) categorizam a alimentação exclusiva por via oral, sem necessidade de suplementação através de vias alternativas de alimentação (Crary, Mann, & Groher, 2005).

O seu objetivo primordial é descrever o nível funcional de alimentação do paciente, sendo que a seleção dos itens da escala foi baseada numa revisão da literatura acerca

da disfagia, de forma a utilizar aqueles que permitem melhor descrever a quantidade de alimento ingerido e a forma como o paciente o realiza. A sua aplicação permite fazer um *screening* simples e prático para detecção da disfagia (Crary, Mann, & Groher, 2005; Moreira, 2012).

A pontuação desta escala foi obtida através de informação dada pelos próprios pacientes ou seus acompanhantes, de forma a descrever a condição que melhor traduz o nível funcional de ingestão oral no dia-a-dia, para alimentos sólidos e líquidos, tendo em consideração a necessidade de modificações na sua consistência ou manobras compensatórias na deglutição.

Tendo em consideração as alterações na capacidade de consumir determinadas consistências de alimentos, características da disfagia, os pacientes que estavam possibilitados de manter uma dieta totalmente oral e regular, consumindo todas as consistências de alimentos sólidos e líquidos foram classificados como não disfágicos, pelos parâmetros de normalidade que apresentavam, indicando uma deglutição fisiológica (Nível 7 da FOIS). Pelo contrário, quando era reportada qualquer restrição alimentar, bem como modificações na consistência dos alimentos ou estratégias de adaptação, o paciente era classificado como disfágico, sendo que a utilização de vias alternativas de alimentação representa o maior grau de compromisso na deglutição (Níveis 1, 2 e 3 da FOIS).

Análise estatística

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

Para testar a significância das diferenças utilizou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Em todas utilizou-se a estatística paramétrica, uma vez que as variáveis dependentes são de tipo quantitativo. Assim, utilizou-se o teste t de Student quando se comparou duas amostras independentes e a Anova One-Way quando se comparou mais de duas amostras independentes. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes

não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis. Nestes casos, para facilidade de interpretação apresentou-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Resultados

A amostra obtida representa um total de 90 pacientes seguidos nas consultas de *follow-up* do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do IPOLFG, tratados previamente a carcinomas da cavidade oral e orofaringe.

Tal como descrito na tabela 3, a idade média dos participantes foi de 65 anos, sendo que a maioria estava incluída na faixa etária entre os 61-70 anos. A incidência foi maior no sexo masculino, contando com 62% dos casos observados. O diagnóstico histopatológico apresentou duas variantes, onde 96% representava carcinomas pavimentocelulares, com estadios de diagnóstico maioritariamente avançados (III-IV), segundo a classificação TNM.

	N(=90)	%
Género		
Masculino	56	62%
Feminino	34	38%
Idade		
41-50	11	12%
51-60	20	22%
61-70	33	37%
71-80	15	17%
81-90	11	12%
Diagnóstico		
CPC	86	96%
CAQ	4	4%
Estadio		
0	3	3%
I	10	11%
II	23	26%
III	22	24%
IV	32	36%

Tabela 3: Caracterização da amostra por género, idade, diagnóstico e estadio.

Quanto à localização primária da lesão, a língua ocupa lugar de destaque com 43% das localizações afetadas, seguindo-se o pavimento da boca (14%) e mucosa jugal (11%). As restantes localizações encontram-se representadas no gráfico 4.

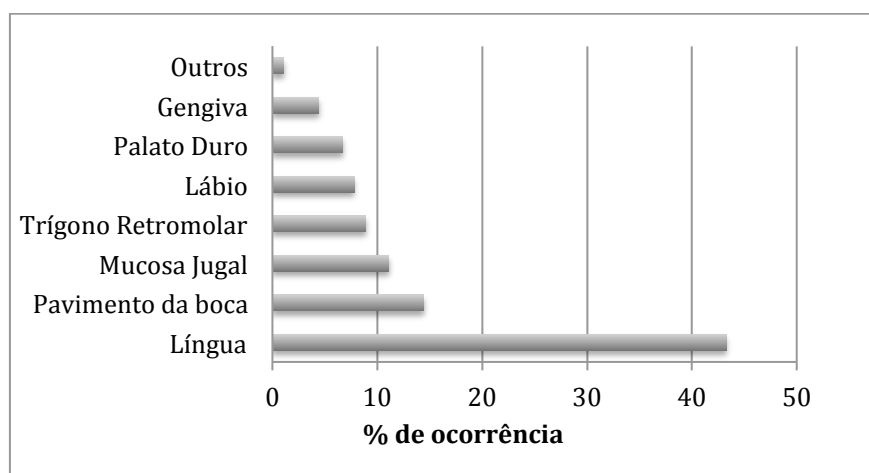


Gráfico 4: Distribuição das lesões primárias por localização.

As modalidades terapêuticas aplicadas encontram-se descritas na tabela 4, apresentando-se detalhado o tipo de cirurgia e tratamento coadjuvante a que os pacientes foram submetidos. A maioria dos pacientes (57,8%) foi tratada pela combinação de cirurgia e RT. Apenas 1 paciente foi submetido a tratamento cirúrgico complementado com QT e 8 foram tratados com RT ou QRT, sem abordagem cirúrgica.

	G	M	MX	PGM	PM	Q	Outros	S/ cirurgia
S/ tto adjuvante	13	2	1	3	2	4	2	-
C/ RT	16	9	6	7	7	3	3	3
C/ QT	0	0	0	1	0	0	0	0
C/ QRT	1	0	0	2	0	0	0	5
G – Glossectomia; M – Mandibulectomia; MX – Maxilectomia; PGM – Pelviglossomandibulectomia; PM – Pelvimandibulectomia; Q – Queilectomia								

Tabela 4: Distribuição do tipo de cirurgia e tratamento coadjuvante.

Relativamente à prevalência da disfagia na amostra estudada, esta foi de 84%. A sua severidade foi classificada segundo a FOIS, estando a sua distribuição representada no gráfico 5. De acordo com a referida escala, 8 pacientes encontravam-se

incapacitados de manter uma alimentação por via oral, utilizando vias alternativas de alimentação (sonda nasogástrica (SNG) ou gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)) e 14 relataram ter uma dieta totalmente oral, sem qualquer tipo de restrição.

Relativamente aos graus de severidade, 30 pacientes apresentavam uma alimentação totalmente oral com múltipla consistência, mas requerendo preparações especiais ou compensações (nível 5 da FOIS). 26 mantinham uma dieta totalmente oral com múltipla consistência, sem preparação especial mas com limitações de alimentos específicos (nível 6 da FOIS), sendo esses os graus de severidade mais reportados pelos pacientes da amostra colhida.

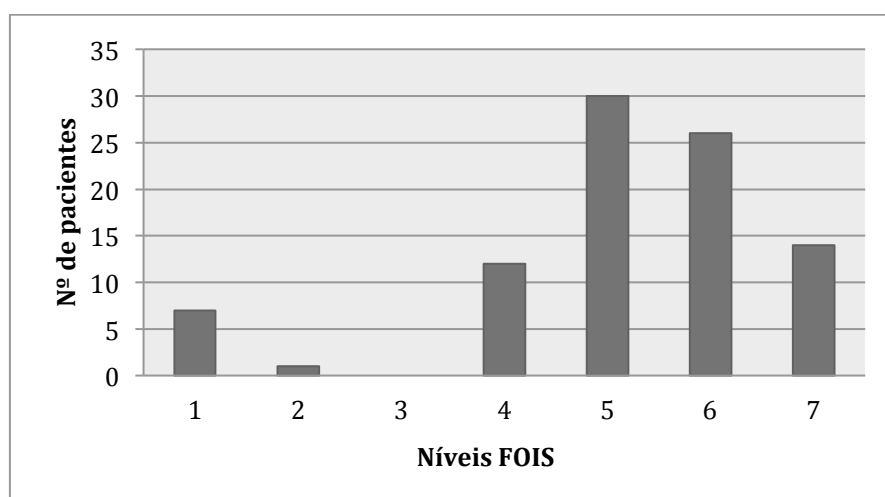


Gráfico 5: Distribuição dos graus de severidade da disfagia, segundo a FOIS

Relativamente à avaliação da QdV nas perturbações da deglutição, foi aplicado o SWAL-QoL e analisados separadamente os 11 domínios que este avalia. A distribuição das pontuações obtidas encontra-se descrita na tabela 5.

Todos os domínios atingiram as pontuações mínimas e máximas possíveis (0-100), com exceção da bateria dos 14 sintomas associados à disfagia que avalia a frequência dos mesmos.

Domínio	Min.-Máx.	Média
Fardo	0-100	50,56
Desejo de comer	0-100	68,50
Duração da alimentação	0-100	35,88
Frequência de sintomas	3,6-100	62,44
Seleção dos alimentos	0-100	38,76
Comunicação	0-100	45,69
Medo de comer	0-100	76,25
Saúde mental	0-100	62,89
Funcionamento social	0-100	52,61
Sono	0-100	66,30
Fadiga	0-100	70,83
Pontuação Total	9,20-100	57,34

Tabela 5: Distribuição da pontuação de cada domínio do SWAL-QoL.

Para interpretação dos resultados, as pontuações de cada domínio foram classificadas em 3 grupos:

- 0-49: Impacto Severo na QdV
- 50-70: Impacto Moderado na QdV
- 71-100: Impacto Discreto / Sem Impacto na QdV

Através desta classificação, cada domínio analisado foi distribuído pelo impacto que apresentava na QdV, tal como representado na tabela 6.

Impacto	Domínio
Discreto / Sem Impacto	Medo de comer
	Fadiga
Moderado	Fardo
	Desejo de comer
	Saúde Mental
	Funcionamento Social
	Sono
Severo	Duração da alimentação
	Seleção dos alimentos
	Comunicação

Tabela 6: Distribuição dos domínios pelo impacto que apresentaram na QdV.

Os domínios *duração da alimentação*, *seleção dos alimentos* e *comunicação* foram os que demonstraram ter um maior impacto na qualidade de vida dos pacientes. Pelo contrário, o *medo de comer* e a *fadiga* não manifestaram ter um impacto significativo.

Os restantes domínios – *fardo*, *desejo de comer*, *saúde mental*, *funcionamento social* e *sono* – revelaram ter um impacto moderado na QdV dos participantes da pesquisa.

A prevalência dos sintomas também foi analisada e encontra-se pormenorizada na tabela 7.

De um modo geral, os referidos sintomas podem agrupar-se em 3 categorias de acordo com a presença de queixas na fase oral ou faríngea da deglutição e, ainda, sintomas relacionados com a saliva, tal como proposto por McHorney et al. (2002) e Vieira (2010). Assim, estes são categorizados da seguinte forma: **sintomas faríngeos** (6 itens - tossir; engasgar ao comer alimentos; engasgar ao beber líquidos; ter de limpar a garganta; ficar com a comida presa na garganta e tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos), **sintomas orais** (4 itens - babar; problemas em mastigar; ficar com comida presa na boca e babar comida ou líquidos pela boca) e

sintomas relacionados com a saliva (2 itens- ter saliva ou expectoração espessas e ter muita saliva ou expectoração).

Sintoma	Quase sempre (%)	Frequentemente (%)	Algumas vezes (%)	Quase nunca (%)	Nunca (%)
Tossir	17,8	4,4	20	14,4	43,3
Engasgar-me ao comer alimentos	25,6	10	14,4	15,6	34,4
Engasgar-me ao beber líquidos	23,3	12,2	8,9	14,4	41,1
Ter saliva ou expectoração espessas	38,9	12,2	4,4	2,2	42,2
Vontade de vomitar	2,2	1,1	3,3	3,3	90
Babar-me	23,3	3,3	3,3	5,6	64,4
Problemas em mastigar	64,4	7,8	3,3	1,1	23,3
Ter muita saliva ou expectoração	37,8	6,7	3,3	2,2	50
Ter de limpar a garganta (pigarrear)	23,3	4,4	6,7	5,6	60
Ficar com a comida presa na garganta	23,3	6,7	10	3,3	56,7
Ficar com a comida presa na boca	36,7	12,2	4,4	3,3	43,3
Babar comida ou líquidos pela boca	24,4	4,4	2,2	1,1	67,8
Babar comida ou líquidos pelo nariz	16,7	5,6	4,4	-	73,3
Tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos.	24,4	8,9	11,1	2,2	53,3

Tabela 7: Distribuição da prevalência dos sintomas.

De acordo com a referida tabela, os sintomas orais e salivares foram os mais reportados pelos pacientes, onde ter *problemas em mastigar* revelou ser o sintoma mais prevalente. Seguem-se os sintomas salivares (*ter saliva ou expectoração espessas e ter muita saliva ou expectoração*) e *ficar com comida presa na boca* ainda com grande prevalência. Contrariamente, os menos prevalentes na amostra foram *vontade de vomitar*, *babar comida ou líquidos pelo nariz* e *babar comida ou líquidos pela boca*.

Cada domínio do SWAL-QoL foi relacionado com 3 variáveis independentes: tipo de alimentação, consistência dos alimentos e severidade da disfagia, de forma a avaliar as variações que as mesmas apresentam na QdV. A distribuição dos pacientes da amostra pelas 3 variáveis encontra-se discriminada nas tabelas 8, 9 e 10.

	Frequência	%
Oral	82	91,1
Sonda	8	8,9
Total	90	100,0

Tabela 8: Distribuição da amostra pelo tipo de alimentação.

	Frequência	%
Múltipla	20	22,2
Mole / Fácil de mastigar	30	33,3
Pastosa / Puré	32	35,6
Total	82	91,1
Omissos (Sonda)	8	8,9
Total	90	100,0

Tabela 9: Distribuição da amostra pela consistência dos alimentos.

Para tratamento estatístico dos dados, os pacientes foram agrupados em 3 categorias representativas da severidade da disfagia, de acordo com os níveis FOIS que apresentam. Assim, Disfagia Leve/ Sem Disfagia é representado pelos níveis 7 e 6 da FOIS; Disfagia Moderada – níveis 5 e 4 da FOIS; Disfagia Severa – níveis 3, 2 e 1 da FOIS.

	Frequência	%
Leve / Sem Disfagia	40	44,4
Moderada	42	46,7
Severa	8	8,9
Total	90	100,0

Tabela 10: Distribuição da amostra pela severidade da disfagia.

As diferenças na QdVRD entre pacientes que se alimentam por via oral e por sonda encontram-se descritas na tabela 11.

	Oral		Sonda		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Fardo a)	51,83	41,20	37,50	46,29	,319
Desejo de comer	70,95	34,74	43,88	38,85	,040*
Duração da alimentação a)	38,56	40,78	8,38	23,69	,028*
Frequência dos sintomas a)	67,22	23,85	13,50	13,47	,001**
Seleção dos alimentos a)	42,52	40,30	,13	,35	,003**
Comunicação a)	48,32	42,12	18,75	34,72	,059
Medo de comer a)	81,26	29,48	25,00	38,34	,001**
Saúde mental	65,37	40,44	37,50	37,70	,065
Funcionamento social a)	55,06	39,81	27,50	35,36	,045*
Sono	66,84	39,68	61,00	36,21	,690
Fadiga	71,91	31,30	59,25	24,22	,202
SWAL-QoL - Total	59,99	25,42	30,18	16,32	,002**

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ a) Significância do teste de Mann-Whitney

Tabela 11: Diferenças entre a alimentação por via oral e por sonda na QdVRD.

Foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas ao nível dos domínios *Desejo de comer* ($p=0,040$), *Duração da alimentação* ($p=0,028$), *Frequência dos sintomas* ($p=0,001$), *Seleção dos alimentos* ($p=0,003$), *Medo de comer* ($p=0,001$) e *Funcionamento social* ($p=0,045$), onde os valores são significativamente mais elevados nos pacientes com alimentação por via oral. Globalmente, as cotações totais do SWAL-QoL ($p=0,002$) também identificam diferenças significativas nestes dois grupos. Os restantes domínios, embora estabeleçam diferenças expectáveis entre as duas variáveis em estudo (alimentação por via oral com pontuações mais elevadas), não se mostraram estatisticamente significativas.

O gráfico 6 ilustra as diferenças obtidas no SWAL-QoL entre os pacientes com nutrição por via oral e por sonda, demonstrando que aqueles que se alimentam por via oral apresentam pontuações mais elevadas em todos os domínios, sendo representativo de uma melhor QdVRD.

O Impacto da Disfagia na Qualidade de Vida do Paciente com Carcinoma da Cavidade Oral e Orofaringe

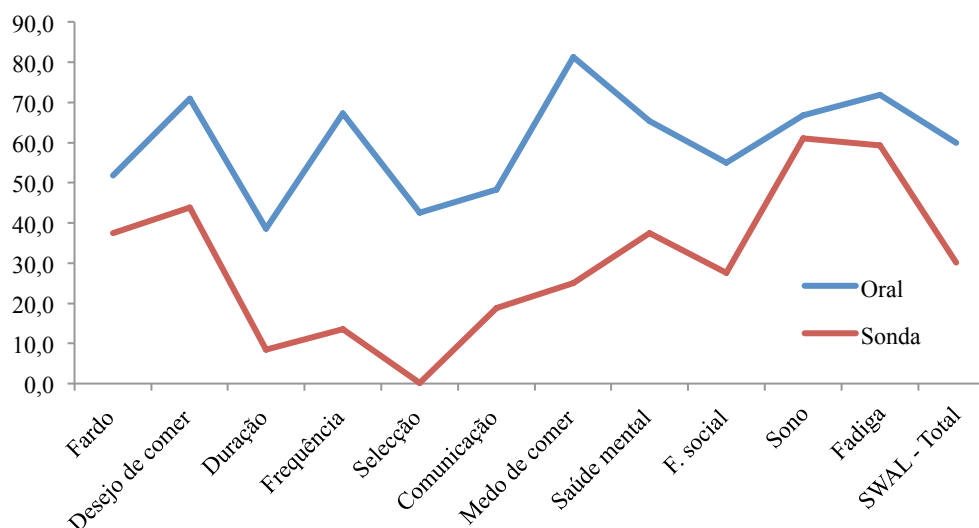


Gráfico 6: Diferenças entre a alimentação por via oral e por sonda na QdVRD.

Relativamente aos 3 tipos de ingestão oral, as diferenças entre os domínios do SWAL-QoL encontram-se na tabela 12.

	Múltipla		Mole / Fácil de mastigar		Pastosa / Puré		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Fardo	95,00	13,08	50,00	39,39	26,56	31,86	,000**
Desejo de comer	96,65	8,32	62,27	37,10	63,03	35,48	,000**
Duração da alimentação	86,85	26,76	13,77	18,69	31,62	37,82	,000**
Frequência dos sintomas	87,65	12,97	63,57	20,46	57,88	24,87	,000**
Seleção dos alimentos	91,90	18,26	33,73	32,70	19,91	29,40	,000**
Comunicação	85,00	27,39	41,67	39,03	31,62	39,41	,000**
Medo de comer	100,00	,00	78,97	29,99	71,69	33,22	,001**
Saúde mental	100,00	,00	59,00	39,44	49,69	41,85	,000**
Funcionamento social	94,25	15,92	59,17	35,65	26,72	30,99	,000**
Sono	92,75	14,39	53,77	42,69	62,91	40,85	,005**
Fadiga	89,15	20,44	69,10	31,25	63,78	33,51	,010**
SWAL-QoL - Total	92,66	6,42	53,17	18,20	45,96	20,40	,000**

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$

Tabela 12: Diferenças entre a consistência dos alimentos na QdVRD.

Os testes de comparação múltipla utilizados indicam que as diferenças estatisticamente significativas dos domínios *Fardo* ($p=0,001$), *Desejo de comer* ($p=0,001$), *Duração da alimentação* ($p=0,001$), *Frequência dos sintomas* ($p=0,001$), *Seleção dos alimentos* ($p=0,001$), *Comunicação* ($p=0,001$), *Medo de comer*

($p=0,001$), *Saúde mental* ($p=0,001$) e *Sono* ($p=0,005$) se encontram entre os pacientes com consistência de alimentos múltipla e os restantes (sendo que os primeiros obtêm valores mais elevados), não se tendo encontrado significância entre os subgrupos “dieta mole/ fácil de mastigar” e “dieta pastosa/puré”. Apenas o domínio *Funcionamento social* ($p=0,001$) apresentou diferenças estatisticamente significantes em todos os subgrupos. Por fim, os testes de comparação múltipla indicam-nos que, relativamente à *Fadiga* ($p=0,01$), as diferenças se encontram entre os doentes com alimentação de consistência múltipla e os que apresentam uma dieta de consistência pastosa ou em puré.

As diferenças entre as pontuações do SWAL-QoL e os 3 tipos de consistência dos alimentos encontram-se ilustradas no gráfico 7, mostrando uma notória vantagem na QdV daqueles que conseguem manter uma alimentação de múltipla consistência, com pontuações claramente superiores em todos os domínios analisados pelo questionário.

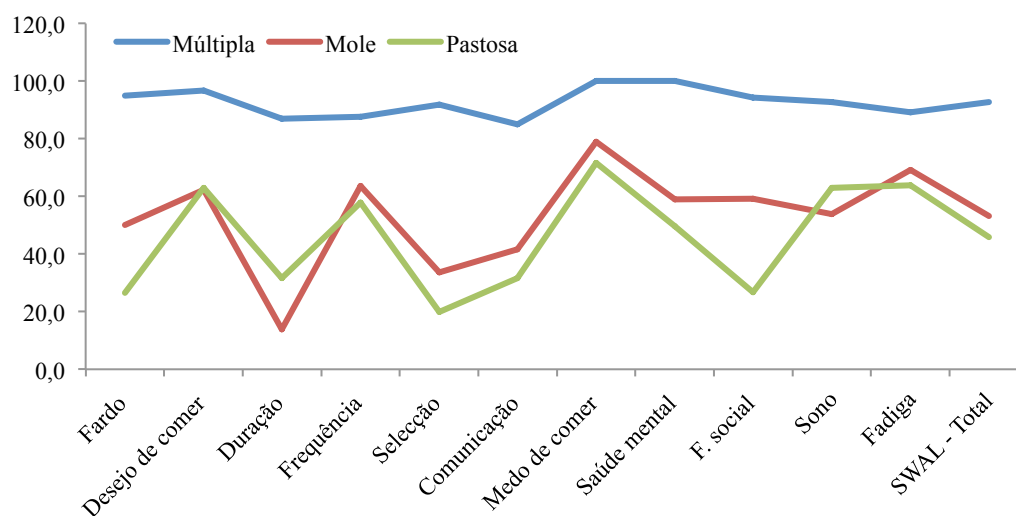


Gráfico 7: Diferenças entre a consistência dos alimentos na QdVRD

Por fim, tal como apresentado na tabela 13 e gráfico 8, foi estudada a relação entre os domínios do SWAL-QoL e a severidade da disfagia. Será expectável que, quanto mais severa for a disfagia, maiores serão as implicações na QdV dos pacientes. De facto, tal como esperado, observaram-se valores mais elevados em todos os domínios do SWAL-QoL nos pacientes com disfagia leve / sem disfagia.

	Leve / Sem Disfagia		Moderada		Severa		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Fardo	78,75	32,30	26,19	31,32	37,50	46,29	,000**
Desejo de comer a)	82,10	27,22	60,33	37,98	43,88	38,85	,007**
Duração da alimentação	50,63	43,01	27,07	35,33	8,38	23,69	,003**
Frequência dos sintomas	77,75	19,00	57,19	23,84	13,50	13,47	,000**
Seleção dos alimentos	67,20	37,42	19,02	26,78	,13	,35	,000**
Comunicação	65,63	39,50	31,83	38,08	18,75	34,72	,000**
Medo de comer	93,45	16,28	69,64	34,38	25,00	38,34	,000**
Saúde mental a)	84,00	29,42	47,62	41,79	37,50	37,70	,000**
Funcionamento social	79,50	30,69	31,79	33,13	27,50	35,36	,000**
Sono a)	75,45	37,67	58,64	40,25	61,00	36,21	,141
Fadiga a)	76,83	29,18	67,24	32,86	59,25	24,22	,202
SWAL - Total a)	75,56	20,87	45,15	20,01	30,18	16,32	,000**

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ a) *Significância do teste Anova One-Way*

Tabela 13: Diferenças entre a severidade da disfagia e a QdVRD.

Analisando as novas variáveis e utilizando os testes de comparação múltipla foi possível verificar que os domínios *Fardo* ($p=0,001$), *Duração da alimentação* ($p=0,003$), *Seleção dos alimentos* ($p=0,001$), *Comunicação* ($p=0,001$), *Saúde mental* ($p=0,001$) e *Funcionamento social* ($p=0,001$) apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com disfagia leve / sem disfagia e os restantes 2 subgrupos (disfagia moderada e severa). De outra forma, a *Frequência dos sintomas* ($p=0,001$) e o *Medo de comer* ($p=0,001$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos 3 subgrupos, enquanto que no *Desejo de comer* ($p=0,007$) essa diferença apenas foi encontrada entre os doentes com severidade leve e os doentes com elevada severidade.

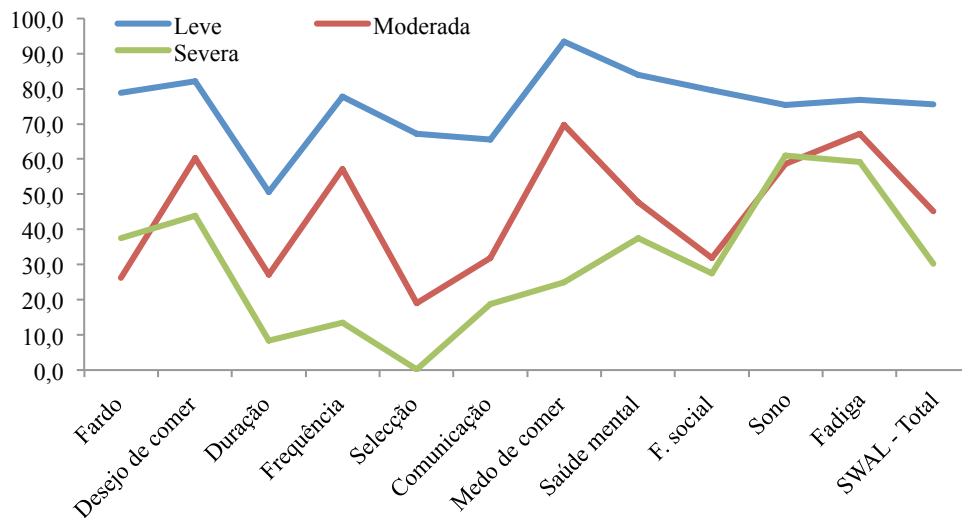


Gráfico 8: Diferenças entre a severidade da disfagia e a QdVRD.

A pontuação final do SWAL-QoL foi calculada somando as pontuações de cada domínio e dividindo pelo número total de domínios ($n=11$). A pontuação resultante foi agrupada em 3 categorias (severo: 0-49; moderado: 50-70; e discreto / sem impacto: 71-100) com o objetivo de distribuir os pacientes pelos graus de impacto que a disfagia apresentava na sua QdV.

De acordo com o gráfico 9 e tabela 5, as pontuações médias do SWAL-QoL obtidas pelos 90 inquiridos (57,34) indicaram que os problemas de deglutição apresentam um impacto moderado na QdV dos participantes deste estudo. No entanto, uma parcela significativa da amostra (42 pacientes) revelou que a sua QdV relacionada com a deglutição se encontrava severamente comprometida.

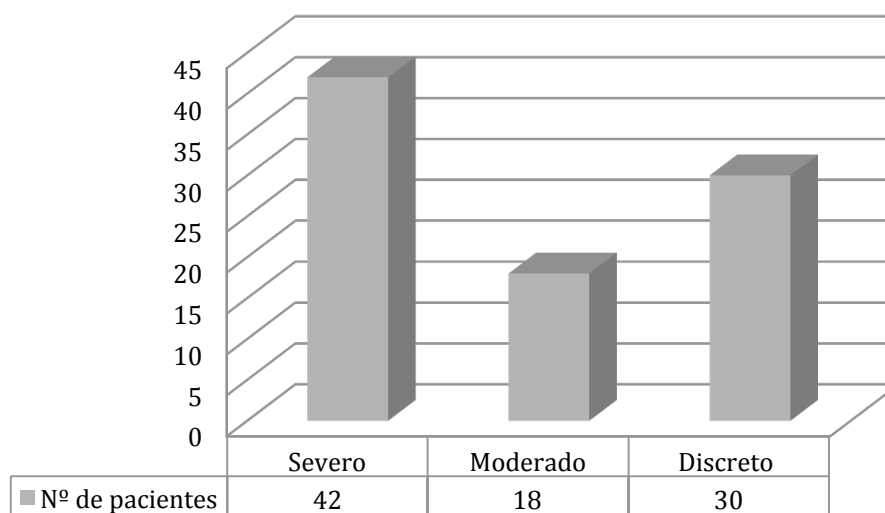


Gráfico 9: Distribuição dos pacientes pelo impacto da disfagia na QdV.

Por fim, pretendeu-se averiguar se existia relação entre a modalidade terapêutica efetuada e a severidade da disfagia, bem como o seu impacto na QdV.

No gráfico 10 estão representadas as abordagens terapêuticas em função da severidade da disfagia, medida pela FOIS. O conjunto de pacientes submetidos a cirurgia + QRT não foi incluído na análise devido ao número reduzido de indivíduos representativos dessa classe terapêutica, não contribuindo para valores estatisticamente significativos.

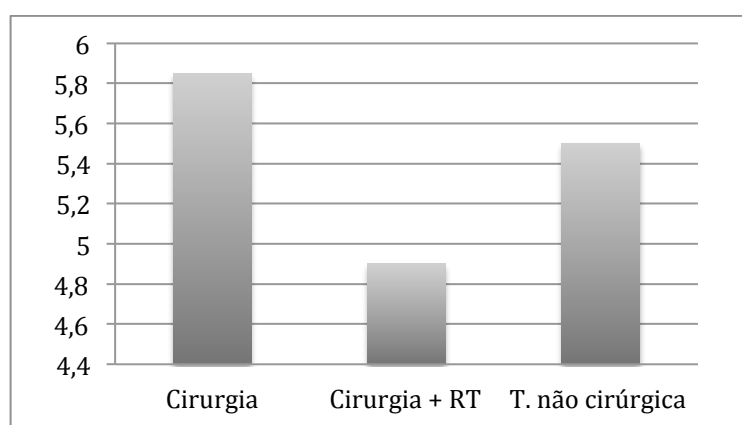


Gráfico 10: Relação entre a modalidade terapêutica e a severidade da disfagia.

Pela análise do gráfico 10, é perceptível que o grupo *Cirurgia + RT* se destaca comparativamente aos restantes, apresentando valores que se traduzem numa maior

severidade da disfagia, sendo que os testes de comparação múltipla indicam que existe diferença estatisticamente significativa entre o referido grupo e o grupo *Cirurgia* ($p=0,002$).

	Cirurgia		Cirurgia + RT		T. não cirurgica		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
FOIS	5,85	1,29	4,90	1,46	5,50	,53	,002*

* $p \leq ,01$

Tabela 14: Relação entre a abordagem terapêutica e a severidade da disfagia.

O mesmo padrão foi verificado quando se relacionou a modalidade terapêutica e a QdVRD que, embora a diferença em termos de grandeza numérica não se verifique tão acentuadamente entre os grupos *Cirurgia* e *Cirurgia + RT*, foi possível estabelecer significância a esse nível ($p = 0,002$). A relação entre a modalidade terapêutica e o impacto da disfagia na QdV encontra-se representada pelo gráfico 11.

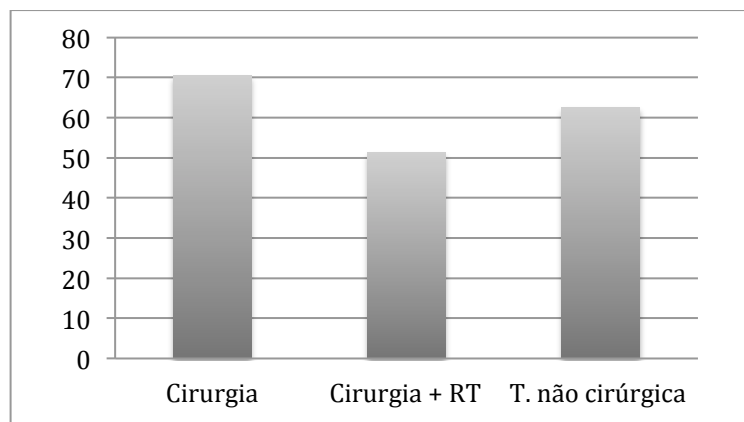


Gráfico 11: Relação entre a modalidade terapêutica e a QdVRD.

	Cirurgia		Cirurgia + RT		T. não cirurgica		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
SWAL	70,58	25,69	51,38	25,10	62,56	16,60	,002*

* $p \leq ,01$

Tabela 15: Relação entre a modalidade terapêutica e a QdVRD.

Da mesma forma, o tipo de cirurgia foi igualmente submetido a análise e encontra-se representado no gráfico 12. Para fins estatísticos, os tipos de cirurgia foram reunidos em 5 categorias: *Glossectomia*; *Mandibulectomia*; *Maxilectomia*; *Cirurgias Compostas* e *Outras*. Desta forma, as *Cirurgias Compostas* representam todas aquelas que englobaram a ressecção cirúrgica de mais do que uma estrutura anatómica (*Pelviglossomandibulectomia*, *Pelvimandibulectomia* e *Pelviglossectomia*) e as cirurgias indiferenciadas (*Outras*) incluem os procedimentos que foram realizados em número reduzido e, de forma individual, não poderiam ser submetidos a análise estatística. Todas elas têm em comum o facto de se tratarem de pequenas excisões, à partida sem repercussões significativas na deglutição. Neste grupo estão incluídas: *Queilectomias* (n=5), *Pelvectomias* (n=2), 1 *Amigdalectomia* e 1 excisão simples da mucosa jugal.

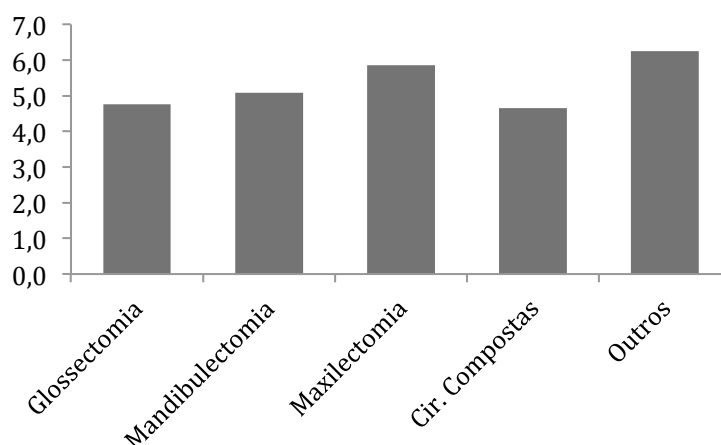


Gráfico 12: Relação entre o tipo de cirurgia e a severidade da disfagia.

Através da análise do gráfico 12, é possível observar que a *Glossectomia* e as *Cirurgias Compostas* apresentam valores mais reduzidos na FOIS, o que se traduz por uma maior severidade da disfagia nos pacientes submetidos a esse tipo cirúrgico. Os testes de comparação múltipla indicam que as diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,012$) se encontram entre os pacientes que realizaram cirurgias indiferenciadas – *Outras* – (valores de 6,25) e os pacientes que realizaram *Cirurgias Compostas* (4,65) e *Glossectomia* (4,76).

	Média	Desvio padrão	Sig
Glossectomia	4,76	1,766	,012*
Mandibulectomia	5,09	,944	
Maxilectomia	5,86	,690	
Cir. Compostas	4,65	1,849	
Outros	6,25	,866	

* $p \leq ,01$

Tabela 16: Relação entre o tipo de cirurgia e a severidade da disfagia.

A mesma norma foi observada na relação entre a QdVRD e o tipo cirúrgico. Também a *Glossectomia* e o grupo de *Cirurgias Compostas* apresentou maior prejuízo na QdV, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,048$) quando comparados com o grupo de cirurgias indiferenciadas (*Outras*). Esta relação encontra-se representada no gráfico 13.

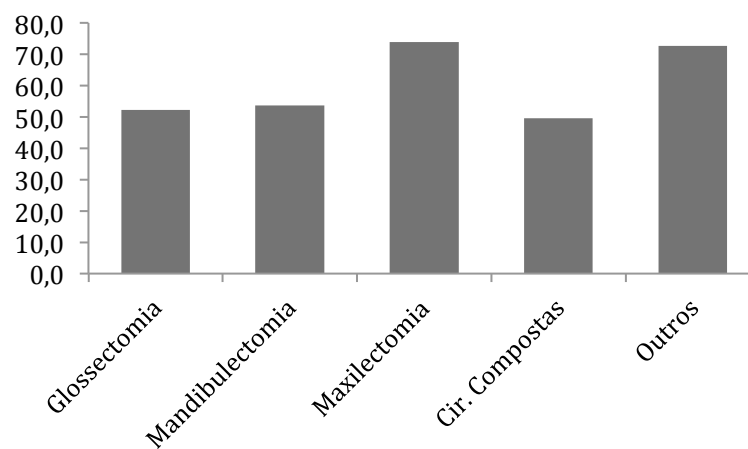


Gráfico 13: Relação entre o tipo de cirurgia e a QdVRD.

	Média	Desvio padrão	Sig
Glossectomia	52,21	22,83	,048*
Mandibulectomia	53,73	28,03	
Maxilectomia	73,87	26,43	
Cir. Compostas	49,52	24,88	
Outros	72,59	24,74	

* $p \leq ,01$

Tabela 17: Relação entre o tipo de cirurgia e a QdVRD.

2. Discussão

A realização deste trabalho de investigação teve como objetivo principal a avaliação do impacto da disfagia na QdV de pacientes que passaram pelo tratamento de tumores malignos da cavidade oral e orofaringe. Um ponto pertinente que foi possível de constatar foi a elevada adesão dos pacientes à participação e integração do mesmo, possivelmente por estarem familiarizados e sensibilizados relativamente a esta problemática.

Relativamente aos achados epidemiológicos, este estudo corrobora o que está descrito na literatura quanto à predominância do género masculino para tumores da cavidade oral, especialmente em indivíduos com idade superior a 40 anos, sendo o carcinoma pavimentocelular o tipo histológico mais prevalente. A maioria dos pacientes, na altura em que lhes é diagnosticada a doença, já apresenta estadios avançados de evolução (III e IV), o que vai de encontro ao que ocorreu na amostra em estudo (Nguyen et al., 2005; Nguyen et al., 2008; Dwivedi et al., 2010; Speyer et al., 2011; Cnossen et al., 2012; Dwivedi et al., 2012).

Parece ser consensual que os tumores malignos da cabeça e pescoço afetam preferencialmente os homens, num *ratio* homens/mulheres de 2-5:1. No entanto, Neville & Day (2002) referem que esta disparidade entre os géneros está a tornar-se cada vez menos acentuada e justifica com o facto de, nas últimas décadas, haver uma exposição mais equilibrada entre os dois géneros aos factores de risco conhecidos para o cancro oral, como o tabaco e álcool. Quanto ao diagnóstico tardio e à predominância de tumores em estadios III e IV, Santos, Batista & Cangussu (2010) avaliaram os fatores que poderiam estar na sua origem. Da amostra de 74 pacientes com CPC da cavidade oral, a grande maioria afirmou que tinha conhecimento da lesão mas só procurou um profissional de saúde quando esta se tornou sintomática. Também foi avaliado o tempo entre a perceção dos primeiros sintomas e a chegada do paciente ao serviço de saúde, sendo que, apesar da maioria referir um período de 1-3 meses, 13,5% refere que este ultrapassou os 9 meses. Estes dados indicam a falta de informação em relação aos sinais iniciais da doença, principalmente nas suas fases assintomáticas, o que leva os pacientes a ignorar e menosprezar as primeiras manifestações da doença. Os autores sugerem a implementação de programas de educação dirigidos tanto à população como aos profissionais de saúde.

A localização preferencial para o desenvolvimento de carcinomas da cavidade oral neste estudo foi a língua, seguido do pavimento da boca, o que também está em conformidade com a literatura disponível (Shah & Patel, 2001; Neville & Day, 2002; Regezi, Sciubba, & Jordan, 2003; García-Peris, et al., 2007; Nguyen N. , et al., 2008; Shah, Patel, & Singh, 2012).

Observou-se que a maioria dos pacientes (57,8%) foi tratada com recurso a cirurgia e RT pós-operatória. A literatura indica, de facto, que a combinação entre essas duas armas terapêuticas é a via pelo qual se obtêm resultados mais favoráveis no que diz respeito ao controlo da doença, o que faz com que seja o tratamento mais comum neste tipo de neoplasias (Nguyen et al., 2005; Nguyen et al., 2006; Suarez-Cunqueiro et al., 2008; Thomas, Jones, Tandon, Katre, Lowe, & Rogers, 2008; Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati, & Yueh, 2010; Dwivedi et al., 2012).

Quanto ao tipo de ingestão oral possível foi utilizada a FOIS para a sua avaliação, traduzindo a severidade da disfagia. Outras escalas existem para avaliação e deteção da disfagia, igualmente baseadas na dieta do paciente, nas suas restrições alimentares, estratégias compensatórias da deglutição e utilização de vias não orais, tais como a *Dysphagia Outcome Severity Scale* (DOSS) e a *National Outcome Measurement System* (NOMS). A seleção da FOIS para este estudo teve como critério o facto de ser a única que se encontra validada linguística e culturalmente para a população portuguesa e por se tratar de uma escala simples, prática e útil no despiste da disfagia (Moreira, 2012).

De acordo com a referida escala, 84% dos pacientes revelaram ter a sua alimentação alterada, independentemente do grau de severidade. Dentro da amostra que apresentava restrições alimentares, foi possível verificar que a maioria dos pacientes (33%) relatava ter uma dieta totalmente oral com múltipla consistência, mas requerendo preparações especiais ou compensações (nível 5). Logo em seguida, 26 pacientes (29%) mantinham uma dieta totalmente oral com múltipla consistência, sem preparação especial mas com limitações de alimentos específicos, tais como alimentos pegajosos, granulados ou bebidas gaseificadas (nível 6). Os dados obtidos são indicativos de que os pacientes submetidos ao tratamento de carcinomas da cavidade oral e orofaringe passam por alterações dietéticas resultantes das dificuldades de deglutição que apresentam, sendo que a maioria dos pacientes apresentou alterações

ligeiras a moderadas (isto é, com restrição de alimentos específicos ou contemplando preparações especiais/compensações para deglutirem de forma segura).

Gluck et al. (2010) avaliaram a disfagia decorrente do tratamento de tumores malignos da cabeça e pescoço, através de 3 instrumentos: um questionário de QdV com inclusão de domínios relativos à deglutição (avaliação da disfagia relatada pelo paciente); uma escala pontuada pelo observador, que variava de acordo com o tipo de alimentação que o paciente apresentava (disfagia relatada pelo observador); e uma avaliação objetiva das disfunções da deglutição através de videofluoroscopia. Através das pontuações obtidas pela escala determinada pelo observador, 83,5% dos pacientes apresentavam alterações da deglutição, resultado muito idêntico ao que foi observado no presente estudo.

Resultados semelhantes foram encontrados por Suarez-Cunqueiro et al. (2008), onde dos 1334 pacientes em *follow-up* por carcinomas da cavidade oral e orofaringe inquiridos, 75,4% referiam ter problemas de deglutição. Nguyen et al. (2008) reportaram uma taxa de 75% de disfagia na sua amostra de pacientes operados a carcinomas da cavidade oral, através de avaliação videofluoroscópica.

Cnossen et al. (2012) identificam que os problemas de deglutição associados ao tratamento de patologias oncológicas da cabeça e pescoço oscila entre os 30-75%, sendo que a prevalência varia de acordo com a metodologia aplicada, tal como os critérios de inclusão e os métodos de avaliação. No entanto, para os autores é evidente que parte substancial destes pacientes reportam problemas na deglutição antes e/ou depois do tratamento, associado a um notório impacto na QdV.

Os dados obtidos em muito se assemelham com a avaliação feita por Speyer et al. (2011) em que, pela aplicação da FOIS, os 76 pacientes oncológicos incluídos na sua amostra apresentavam uma distribuição idêntica pelos níveis da referida escala. Apenas 2,6% estava dependente de entubação para se alimentar e 11,8% relatou ter uma dieta totalmente oral. Os níveis 5 e 6 foram os mais referidos pelos pacientes (39,5% e 36,8%, respetivamente), o que vai de encontro ao que foi observado no presente estudo.

Finizia, Rudberg, Bergqvist & Rydén (2012) também utilizaram a FOIS numa população de 85 doentes com tumores da cabeça e pescoço. Apesar da maioria da

amostra (39%) referir ter uma dieta totalmente oral sem restrições, dentro do grupo que apresentava alterações dietéticas o nível 5 da escala foi mais uma vez o que demonstrou ser mais representativo da amostra.

No presente estudo, apenas uma parcela limitada de pacientes (9%) estava a ser alimentado por via não oral. Na literatura disponível estes valores têm sido variáveis, também em parte devido aos diferentes períodos de *follow-up* em que são realizados os estudos e às próprias variáveis clínicas e de tratamento, o que limita a obtenção de dados práticos consensuais. Bandeira et al. (2008) obtiveram uma taxa de 3,5% na sua amostra de pacientes tratados a carcinomas da língua, contrastando com a taxa de 30% encontrada por Thomas et al. (2008) após tratamento de carcinoma orofaríngeo.

Neste estudo foi utilizado um questionário específico sobre deglutição para explorar as alterações e implicações que a disfagia apresentava na QdV dos pacientes. O seu campo de aplicação é vasto, no entanto no que se refere à área oncológica da cabeça e pescoço as publicações disponíveis são ainda escassas. Para além do SWAL-QoL, outros questionários avaliam o impacto da disfagia na QdV dos doentes: DHI – *Deglutition Handicap Index*; EAT-10 – *Eating Assessment Tool*; MDADI – *M.D. Anderson Dysphagia Inventory*. A seleção do SWAL-QoL para este estudo residuiu no facto de estar devidamente validado para a população portuguesa (Vieira, 2010) e por ser considerado o *gold standard* na avaliação da qualidade de vida relacionada com a disfagia, pelas suas características psicométricas de excelência. De acordo com a literatura disponível, este instrumento possibilita uma avaliação pormenorizada da influência das alterações da deglutição em diferentes aspetos da QdV, sendo sensível para diferenciar indivíduos com e sem disfagia, bem como diferenças na sua severidade. Todas as suas escalas demonstram boa fiabilidade, consistência interna e reprodutibilidade (McHorney, et al., 2002; Bandeira, Azevedo, Vartanian, Nishimoto, Kowalski, & Angelis, 2008; Bogaardt, Speyer, Baijens, & Fokkens, 2009; Khaldoun, Woisard, & Verin, 2009; Vieira, 2010; Lam & Lai, 2011; Speyer, et al., 2011; Finizia, Rudberg, Bergqvist, & Rydén, 2012; Vanderwegen, Nuffelen, & Bodt, 2013).

Através da aplicação do SWAL-QoL pretendeu-se obter uma avaliação multidimensional dos distúrbios da deglutição, expectando proporcionar uma visão mais abrangente desta problemática, através da perspetiva de quem com ela lida.

Foi possível reconhecer que a *duração da alimentação, seleção dos alimentos* e a *comunicação* apresentam um importante impacto nestes pacientes. Estes domínios revelam que os pacientes tratados por carcinomas da cavidade oral e orofaringe vêm a sua QdV prejudicada pelo tempo que demoram nas refeições, pela dificuldade em encontrar alimentos que gostem e que ao mesmo tempo consigam comer, e pela ininteligibilidade da fala que muitos pacientes enfrentam, ficando a clareza da comunicação comprometida.

A *duração da alimentação e seleção de alimentos* como domínios mais afetados na QdVRD em pacientes com neoplasias malignas da cavidade oral e orofaringe parece ser consensual na literatura disponível, tal como referenciado por Bandeira et al. (2008), Thomas et al. (2008), Lam & Lai (2011), Speyer et al. (2011) e Finzia et al. (2012) nas suas publicações.

Gaziano (2002) reforça esse facto, referindo que o aumento do tempo de refeição, as escolhas alimentares limitadas e os métodos especiais de preparação dos alimentos são algumas das implicações psico-sociais da disfagia que contribuem para uma diminuição da qualidade de vida.

Também Arias et al. (2004) atribuem a necessidade de dedicar bastante mais tempo do que o habitual à alimentação como um fator que altera a QdV dos pacientes, o que está em concordância com Raber-Durlacher et al. (2012). Os autores referem que o impacto da disfagia na QdV resulta da incapacidade de manter uma alimentação que englobe diferentes tipos alimentares e das dificuldades que a refeição acarreta para estes pacientes, pelo aumento do tempo atribuído para tal.

A comunicação verbal também demonstrou estar severamente comprometida na amostra em estudo. Apesar de Kreeft, Molen, Hilgers, & Balm (2009), na sua revisão sistemática, considerarem que após ablações cirúrgicas da cavidade oral e orofaringe (*follow-up* > 1 ano) a fala apresentar resultados razoáveis ou favoráveis, admitem que uma parcela significativa de pacientes apresenta um discurso desviante dos parâmetros de normalidade. As publicações de Bogaardt, Speyer, Baijens, & Fokkens (2009), Speyer, et al. (2011) e Vanderwegen, Nuffelen, & Bodt (2013) que utilizam o SWAL-QoL como instrumento, também revelam que o domínio *comunicação* obteve pontuações mais baixas, indicativas de um maior comprometimento na fala. De igual forma, Silveira et al., em 2009, avaliaram a QdV em doentes oncológicos da cabeça e

pescoço e verificaram que a fonação foi uma das funções comprometidas nesses pacientes.

O *medo de comer* e a *fadiga*, pelo contrário, não manifestaram ter um impacto significativo na QdV dos pacientes da amostra. O primeiro domínio avalia os receios relacionados com a alimentação, como o medo de engasgar, e a preocupação acerca das complicações da disfagia como é o exemplo da pneumonia por aspiração. O baixo impacto que apresentou nesta população pode ser indicativo de que os pacientes assumem uma postura protetora e adaptativa durante as refeições, realizando manobras compensatórias que os permite ter uma alimentação relativamente segura. Este facto é ilustrado pela distribuição da amostra pelos níveis da FOIS, onde a maioria revela que evita alimentos específicos ou que requiere preparação especial dos alimentos. Contrariamente, quando inquiridos acerca da sua preocupação em desenvolver pneumonia, apenas uma parcela muito limitada estava ciente de que essa fosse uma complicação da disfagia, contribuindo para os elevados *scores* do domínio *medo de comer*. Do mesmo modo, a *fadiga*, domínio que avalia a QdV genérica, não apresentou impacto significativo.

Bandeira et al. (2008) constatarem que os domínios *medo de comer* e *fadiga* obtiveram boas pontuações no seu estudo, revelando igualmente um baixo impacto da QdV da sua amostra de 95 pacientes tratados a carcinomas da língua.

Thomas et al. (2008) pretenderam avaliar as disfunções na deglutição em pacientes tratados a carcinomas da orofaringe. Da sua avaliação, o domínio *medo de comer* também não apresentou um impacto significativo na QdV dos pacientes, tendo sido o que apresentou pontuações mais elevadas nessa amostra. No entanto, a *fadiga* revelou ser um dos problemas que mais compromete a QdV dos pacientes. Estes dados foram idênticos aos que Speyer et al. (2011) e Finizia et al. (2012) reportaram nas suas publicações.

A frequência dos sintomas da disfagia foi também material de avaliação neste estudo. Foi possível constatar que os sintomas orais e salivares foram os mais referidos pelos pacientes. Este dado pode ser justificado pelo facto da maioria das lesões tratadas ter tido como localização a cavidade oral, o que faz com que os sintomas faríngeos não tenham apresentado grande prevalência nesta amostra.

As principais queixas citadas pelos pacientes foram: *Problemas em mastigar* (64%); *Ter saliva ou expectoração espessas* (39%); *Ter muita saliva ou expectoração* (38%) e *Ficar com comida presa na boca* (37%). Bandeira et al., em 2008, encontraram resultados muito semelhantes, sendo os sintomas supracitados também os mais prevalentes na sua amostra. Já Vieira (2010) refere como sintomas mais prevalentes: *Ter que limpar a garganta*, seguido de *Ter saliva ou expectoração espessas* e *Problemas em mastigar*. Os sintomas salivares foram igualmente identificados como sendo dos mais prevalentes por McHorney et al.(2002) na sua publicação.

As dificuldades mastigatórias reveladas pelos pacientes podem ser justificadas como consequência da dificuldade na lateralização do bolo alimentar, na manutenção do mesmo sobre os dentes e, ainda, na remoção dos alimentos do vestibulo da cavidade oral (Jacobi, Levy, & Silva, 2003). De acordo com os mesmos autores, estas alterações são particularmente verificadas após glossectomias, pelvectomias, mandibulectomias (particularmente as que são realizadas no ramo da mandíbula) e maxilectomias, cirurgias essas que tiveram grande prevalência na amostra em estudo. Esses dados estão em concordância com Filho, Campiotto, Levy, Redondo, & Anelli-Bastos (2004). Também Baker, Fraser e Baker (1991) relacionam as dificuldades mastigatórias à inabilidade em executar a lateralização do bolo alimentar. O estudo sobre QdV de pacientes tratados a carcinomas da cavidade oral de Villaret, Cappiello, Piazza, Pedruzzi, & Nicolai (2008) demonstrou que o domínio “mastigação” se encontrava severamente comprometido nessa amostra.

Relativamente ao sintoma salivar *Ter muita saliva ou expectoração*, de acordo com Baker et al. (1991), este correlaciona-se com uma pressão labial reduzida e com a dificuldade em controlar o bolo alimentar na cavidade oral. Jacobi, Levy & Silva (2003) assumem que, mesmo em casos de queilectomias pouco extensas, pode ocorrer dificuldade em manter uma vedação labial adequada, ocorrendo escape salivar. Já as glossectomias podem gerar dificuldades no controlo salivar e as mandibulectomias realizadas no mento têm como consequência incontinência salivar.

Ter Saliva ou expectoração espessas é uma sequela frequentemente verificada nestes pacientes, tendo sido reportado nos estudos de Nordgren, Hammerlid, Bjordal, Ahlner-Elmqvist, Boysen, & Jannert (2008), Infante-Cossio, Torres-Carranza, Cayuela, Gutierrez-Perez, & Gili-Miner (2009), Thomas, Moore, Olsen, &

Kasperbauer (2012) e Oskam, et al. (2013). A publicação de Guebur, Rapoport, Sassi, Oliveira, Pereira, & Ramos (2004) sobre as alterações do fluxo salivar de pacientes com CPC da cavidade oral e orofaringe submetidos ao tratamento radioterápico relaciona a atrofia dos ácinos (radio-induzida) com a presença de saliva escassa, espessa e pegajosa.

Por fim, *Ficar com comida presa na boca* representa as dificuldades destes pacientes na formação e controlo do bolo alimentar, particularmente representativo das glossectomias (Jacobi, Levy, & Silva, 2003) (Filho, Campiotto, Levy, Redondo, & Anelli-Bastos, 2004).

Pelo contrário, os sintomas menos prevalentes foram: *Vontade de vomitar; Babar comida ou líquidos pelo nariz e babar comida ou líquidos pela boca*. Estes dados estão em concordância com as publicações de McHorney et al. (2002), Bandeira et al. (2008) e Vieira (2010).

As alterações da deglutição apresentaram um impacto moderado na QdV dos pacientes inquiridos neste estudo, sendo que uma parcela significativa (46%) apresentou valores indicativos de uma QdV severamente comprometida. Também García-Peris et al. (2007) avaliaram o impacto da disfagia na QdV de pacientes tratados a carcinomas da cavidade oral. Com este estudo concluíram que 52% dos pacientes referiam que a sua QdV se encontrava prejudicada devido a problemas na deglutição. Destes, 62% evitavam fazer as suas refeições na presença de outras pessoas e 37% referia sentir vergonha na altura da refeição.

São várias as publicações disponíveis que estabelecem esta relação, demonstrando o papel da disfagia como factor causal de uma pior QdV. Os estudos de Shepherd & Fisher (2004), Silveira, et al. (2009), Infante-Cossio, Torres-Carranza, Cayuela, Gutierrez-Perez, & Gili-Miner (2009) e Oskam, et al. (2013) realizados em pacientes tratados a carcinomas da cavidade oral e orofaringe são indicativos de que as alterações na deglutição, decorrentes do tratamento, são das funções que mais comprometem a sua QdV. A publicação de Farri, Accornero, & Burdese (2007) corrobora o que foi descrito, onde os autores concluem que a disfagia é um distúrbio que acarreta uma influência negativa na vida dos pacientes, afetando severamente a sua QdV. Nesse estudo, todos os pacientes referiram que a sua vida se tornou menos

agradável uma vez que as refeições e a deglutição passaram a ser encaradas como um problema, deixando de sentir qualquer satisfação em comer.

Neste estudo também foi possível verificar uma correlação entre a severidade da disfagia e o comprometimento da QdV, sendo que foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre a QdV de pacientes sem disfagia ou com disfagia ligeira e de pacientes com disfagia moderada / severa. Estes dados são corroborados pelo estudo de Nguyen et al. (2005) no qual, pela avaliação da QdV associada à disfagia de 104 pacientes após tratamento a tumores malignos da cabeça e pescoço, concluíram que a disfagia em grau moderado e severo é uma complicação decorrente do tratamento de tumores malignos da cabeça e pescoço e está significativamente associada a uma pior QdV.

Os pacientes alimentados por via não oral (SNG ou PEG), representativos do maior grau de severidade da disfagia, tal como seria expectável foram os que apresentaram piores pontuações no SWAL-QoL, indicativo de uma pior QdV. De facto, Chandu, Smith, & Rogers (2006) consideram que a utilização de vias alternativas de alimentação é um forte fator preditivo de uma QdV mais comprometida. Também Rogers, Thomson, O'Toole, & Lowe (2007) encontraram uma forte relação entre a utilização de PEG e uma fraca QdV, que reflete a extrema importância que os pacientes atribuem às funções de mastigação, deglutição e fala, uma vez que são os componentes chave da atividade social e comunicação.

Neste estudo, quando comparadas as diferenças na QdVRD entre pacientes que se alimentam por via oral e por sonda foi possível verificar significância estatística nos domínios *Desejo de comer*, *Duração da alimentação*, *Frequência dos sintomas*, *Seleção dos alimentos*, *Medo de comer* e *Funcionamento social*. Estes dados estão em concordância com McHorney et al. (2002) que obtiveram dados semelhantes, sendo o *Desejo de comer*, *Seleção dos alimentos*, *Medo de comer*, *Funcionamento social*, *Fardo* e *Saúde mental* os domínios do SWAL-QoL que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre pacientes com nutrição por via oral e por sonda. Vanderwegen, Nuffelen, & Bodt (2013) reportaram diferenças ao nível da *Saúde mental*, *Frequência dos sintomas*, *Funcionamento social*, *Duração da alimentação* e *Fardo*. Já Vieira (2010), na comparação destes dois grupos, apenas obteve significância estatística para as escalas *Funcionamento social* e *Fardo*. Também

Finizia, Rudberg, Bergqvist, & Rydén (2012) estabeleceram esta comparação e obtiveram diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios, excepto no *Sono e Fadiga*.

Pela análise dos estudos disponíveis, parece ser consensual que o *Sono e Fadiga* não sofrem alterações pelo tipo de nutrição, oral ou alternativa, que o paciente apresenta e que o *Funcionamento social* e *Fardo* traduzem as maiores implicações na QdV dos pacientes alimentados por via não oral.

Quando averiguada a relação entre a modalidade terapêutica efetuada e a severidade da disfagia, bem como o seu impacto na QdV, foi possível verificar que a RT pós-operatória revelou ter maiores implicações. Contrariamente, os pacientes tratados apenas com cirurgia apresentaram menor severidade da disfagia e valores indicativos de uma melhor QdV. Seria expectável que os pacientes submetidos a cirurgia + QRT seriam aqueles com maiores prejuízos na deglutição e QdVRD, tal como é descrito por Eisbruch, et al. (2002), Nguyen N. P., et al. (2006), García-Peris, et al. (2007), Caudell, et al. (2009), Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati, & Yueh (2010), Raber-Durlacher, et al. (2012). No entanto, devido ao reduzido número de elementos representativos dessa classe terapêutica, não foi possível estabelecer uma significância a esse nível.

Estes resultados estão de acordo com o que foi possível verificar na maioria da literatura disponível. No estudo de Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati, & Yueh (2010), quando comparadas as modalidades terapêuticas, os resultados foram idênticos. Também a cirurgia sem tratamento adjuvante envolveu menos alterações na deglutição, sendo que essa taxa aumentou significativamente nos pacientes tratados com cirurgia e RT (25% vs. 45%). Para Pauloski et al. (2004) e Suarez-Cunqueiro et al. (2008) também o resultado funcional foi pior para os pacientes que receberam RT.

Estes dados foram comprovados na revisão sistemática de Kreeft, Molen, Hilgers, & Balm (2009) sobre as funções da fala e deglutição após tratamento de carcinoma oral e orofaríngeo. Rogers et al. (2008) demonstraram que 77% dos pacientes tratados sem RT conseguiam deglutir de forma igual relativamente ao período que antecedeu a cirurgia, enquanto que no grupo de pacientes submetidos a cirurgia e RT apenas 48% era capaz de o realizar.

García-Peris et al. (2007) obtiveram os mesmos resultados, com maiores taxas de disfagia associadas aos pacientes tratados com cirurgia e RT (>60%), comparativamente aos pacientes submetidos a cirurgia sem tratamento adjuvante (25%). Também a QdV foi avaliada e o seu impacto foi mais severo nesse grupo terapêutico, o que está em concordância com Cann, Dom, Koole, Merkx & Stoelinga (2005) e Dwivedi et al. (2012).

De facto, o efeito da RT pós-operatória na deterioração da deglutição está bem reportado na literatura e Mittal et al. (2003) justificam-no através do efeito tóxico adicional da RT nas glândulas salivares, músculos orofaríngeos e esfíncter esofágico superior, comprometidos pela fibrose, edema e necrose radio-induzidos. Em 1998, Pauloski, Rademaker, Logemann & Colangelo verificaram que a RT afetava as fases oral e faríngea da deglutição, onde os pacientes submetidos a RT pós-cirúrgica apresentavam como alterações um aumento do tempo de trânsito oral e resíduo faríngeo, e ainda uma menor duração da abertura cricofaríngea. Os autores também relacionam esse prejuízo da função com os efeitos da radiação dos tecidos, tais como edema, fibrose e xerostomia. Ao longo dos tempos, muitos estudos têm sido realizados na área e as referências mais recentes têm sido consensuais no que diz respeito à relação prejudicial que se verifica na deglutição, pela aplicação da RT pós-operatória (Mittal, et al., 2003; García-Peris, et al., 2007; Suarez-Cunqueiro, et al., 2008; Kreeft, Molen, Hilgers, & Balm, 2009; Manikantan, et al., 2009; Francis, Weymuller, Parvathaneni, Merati, & Yueh, 2010; Russi, et al., 2012).

Por fim, quando submetido a análise o tipo de cirurgia que apresenta maior compromisso na deglutição foi possível verificar que as glossectomias e cirurgias compostas apresentam maior impacto, havendo diferenças estatisticamente significativas quando comparadas com o grupo constituído pelas queilectomias e pequenas excisões do pavimento da boca, amígdala e mucosa jugal.

A evidência presente na literatura estabelece que o tipo e a magnitude das disfunções da deglutição, decorrentes do tratamento cirúrgico, são determinadas pela extensão da ressecção, das estruturas excisadas e a natureza da reconstrução (Furia, Angelis, Martins, Barros, Carneiro, & Kowalski, 2000; Mittal, et al., 2003; Pauloski, et al., 2004; Nguyen N. , et al., 2008; Pauloski, 2009). A natureza da reconstrução não foi

avaliada neste estudo, devendo ser um ponto de análise a ter em consideração em futuros estudos.

Apesar da quantidade de tecido excisado não ter sido avaliada em cada modalidade cirúrgica, o grupo de cirurgias compostas representa aquelas que determinaram uma excisão mais alargada, envolvendo duas ou mais estruturas anatómicas, no caso deste estudo as pelviglossectomias, pelvimandibulectomias e pelviglossomandibulectomias. De acordo com Pauloski (2009), quanto maior a ressecção, maiores os prejuízos na deglutição, o que justifica o facto deste grupo cirúrgico apresentar valores indicativos de uma maior severidade da disfagia. Esta evidência é corroborada por Zuydama, Rogersb, Brownb, Vaughanb, & Magennisc (2000), Mittal et al. (2003) e Pauloski et al. (2004). Também Vieira & Monteiro, na sua publicação de 2009, referem que as sequelas das cirurgias compostas terão um impacto cumulativo, em conformidade com as intervenções parcelares. Filho, Campiotto, Levy, Redondo, & Anelli-Bastos (2004) consideram que a ressecção de múltiplas estruturas, como mandíbula, pavimento da boca e língua, potencia o comprometimento da deglutição.

Por outro lado, Mittal et al. (2003) e Pauloski (2008) defendem que a ressecção de estruturas vitais à formação e transporte do bolo alimentar, bem como à proteção das vias aéreas, irá revelar um maior impacto na deglutição pós-operatória do que propriamente a extensão e o envolvimento de outras estruturas, tais como pavimento da boca ou rebordo alveolar. Defendem ainda que essas estruturas vitais são a língua e as cartilagens aritenóides, o que justifica o facto das glossectomias, neste estudo, estarem associadas a uma maior severidade da disfagia, bem como a uma QdVRD mais comprometida.

García-Peris et al. (2007) compararam a prevalência da disfagia em pacientes submetidos a 3 grupos cirúrgicos: glossectomia, mandibulectomia e maxilectomia. Verificaram que a prevalência da disfagia foi muito superior no grupo das glossectomias, sendo que o subgrupo de glossectomias totais apresentou valores bastante mais acentuados.

Pauloski (2008) e Raber-Durlacher et al. (2012), relativamente ao impacto das estruturas ressectadas pela abordagem cirúrgica, consideram que a língua desempenha um papel preponderante e que a excisão de estruturas orofaríngeas que não apresentem relação direta na deglutição expressam um impacto pós-cirúrgico

limitado, dando como exemplo as excisões do pavimento da boca (exceptuando os casos de envolvimento dos músculos geniiohióideu e milohióideu). Ainda, afirmam que qualquer excisão na porção oral da língua reflete uma disfuncionalidade na deglutição, caracterizada pelo tempo das fases preparatória e oral prolongado, tempo de trânsito oral diminuído, aumento do resíduo oral e faríngeo, e que excisões da base da língua podem desencadear alterações de maior severidade.

Pauloski et al., em 2004, pretenderam avaliar as variáveis cirúrgicas que exerciam influência sobre as alterações da deglutição de pacientes tratados com carcinomas da cavidade oral e orofaringe. Quando comparadas as percentagens de ablação da porção oral da língua, base da língua, pavimento anterior e lateral da boca e palato mole com a eficácia da deglutição, foi possível verificar que a percentagem da ressecção da base da língua e as excisões totais foram as variáveis que apresentaram maior correlação.

Dwivedi et al. (2012) analisaram a QdVRD de uma amostra de 62 pacientes em *follow-up* por carcinoma da cavidade oral e orofaringe, tratados com abordagem cirúrgica. Concluíram que os piores valores obtidos eram referentes aos pacientes com carcinomas da base da língua, seguido dos pacientes com carcinomas da porção oral da língua. Os autores evidenciam o papel preponderante da língua (em especial a região basal) nas fases oral e faríngea da deglutição e as consequências nefastas da sua ablação na função e QdV.

Pelo contrário, tal como seria expectável, o grupo cirúrgico de queilectomias e pequenas excisões intra-orais, obteve valores relacionados com uma melhor função e QdV. Jacobi, Levy, & Silva (2003) e Filho, Campiotto, Levy, Redondo, & Anelli-Bastos (2004) referem que as queilectomias não acarretam alterações significativas na deglutição. Da mesma forma, pequenas lesões da cavidade oral, dado o seu carácter inicial podem ser tratadas com excisões simples, sem conduzir a alterações relevantes na deglutição. Desta forma, justifica-se as pontuações favoráveis na FOIS e SWAL-QoL apresentadas por este grupo cirúrgico.

Por fim, este estudo revelou algumas limitações. Há que ressaltar o facto do subgrupo terapêutico *Cirurgia + QRT* não ter integrado a análise estatística, por ter tido um número reduzido de elementos representativos dessa categoria. A sua integração na análise estatística iria de acordo ao que está descrito na literatura, quanto à maior

severidade da disfagia nos pacientes submetidos a essa abordagem terapêutica, bem como às maiores implicações na QdV.

Relativamente aos instrumentos aplicados também foram identificadas algumas limitações. O SWAL-QoL demonstrou ser um instrumento de aplicação bastante morosa pelo que, apesar de não ter sido uma limitação no contexto desta dissertação, se for extrapolado para o contexto clínico de uma consulta pode não ser tão bem aceite. Outro factor negativo a assinalar é a existência de poucas escalas direccionadas especificamente a pacientes com alimentação não oral, uma vez que o SWAL-QoL não faz uma distinção muito clara.

Quanto à aplicação da FOIS, foi encontrada uma prevalência elevada de alterações da deglutição (84%) neste estudo. No entanto, estes dados devem ser interpretados com cautela uma vez que alguns dos pacientes inquiridos apresentavam condições orais precárias, sendo parcial ou totalmente edêntulos, o que pode gerar alterações dietéticas face a esse facto e não propriamente devido à existência de alterações na deglutição. Face a estas limitações, a escala neste contexto deve ser utilizada como um *screening* para a disfagia, sendo depois comprovada objetivamente através de videofluoroscopia ou outros exames clínicos destinados a esse fim.

Outra lacuna foi a não inclusão de um período de *follow-up* mínimo padronizado, a partir do qual o paciente estivesse apto para integrar o estudo. Pacientes em pós-operatório ou a realizar tratamentos adjuvantes foram imediatamente excluídos, no entanto não houve criterização do período de seguimento. Também nos estudos disponíveis na literatura não se encontra descrito qual o período ideal, do processo de monitorização do paciente, para detectar estas disfunções. No futuro, de modo a garantir a validade dos resultados, o *follow-up* mínimo considerado deve ser standarizado.

CONCLUSÃO

Através da realização deste trabalho de investigação foi possível retirar algumas ilações pertinentes acerca da problemática atual do carcinoma da cavidade oral e orofaringe, da sua abordagem terapêutica e das sequelas que acarreta.

A tendência para o consumo excessivo de álcool e tabaco que se verifica nas sociedades contemporâneas, principalmente nas camadas jovens e com o seu início cada vez mais precoce, aliado ao HPV como factor causal, faz com que a incidência do cancro oral e orofaríngeo tenha aumentado significativamente na última década, especialmente em mulheres e faixas etárias mais jovens. Outra problemática associada a este tipo de neoplasias malignas é a sua elevada taxa de diagnósticos tardios, o que também foi verificado pela realização deste trabalho de investigação. As causas deste atraso no diagnóstico são variáveis, no entanto é relativamente consensual que os pacientes têm conhecimento da lesão mas não procuram um profissional de saúde enquanto esta não apresenta sintomatologia dolorosa, o que os leva a menosprezar as primeiras manifestações da doença. Desta forma, as campanhas de sensibilização e prevenção revelam-se como uma mais-valia no diagnóstico precoce da doença. Também a abordagem terapêutica se altera consoante o estadio de diagnóstico. O que poderia ser tratado através de uma cirurgia *minor*, o que é frequentemente verificado nos casos de lesões iniciais, com a evolução da doença o seu tratamento torna-se cada vez mais agressivo, sendo necessárias excisões mais alargadas e o recurso a terapias adjuvantes. É expectável que nestes casos a morbilidade e as sequelas que advêm de tratamentos mais debilitantes sejam bastante mais marcados e com maior impacto.

Uma das sequelas da abordagem terapêutica de carcinomas da cavidade oral e orofaringe é a disfagia orofaríngea. Esta sequela teve uma elevada prevalência (84%) na amostra em estudo e pode ser resultado de qualquer uma das terapias empregues (cirurgia, RT, QT ou associação entre modalidades). A disfagia comporta uma alteração e adaptação dietética que pode variar desde restrições de determinados alimentos até à impossibilidade de manter uma alimentação por via oral. Neste estudo, as alterações mais citadas pelos pacientes foram as preparações especiais dos alimentos, a necessidade de realizar compensações e as limitações de alimentos específicos. Este panorama é ilustrativo das alterações ligeiras/moderadas que os

pacientes submetidos ao tratamento de carcinomas da cavidade oral e orofaringe têm que realizar, devido ao seu problema de deglutição.

Tendo em conta que a alimentação tem um importante carácter social e representa uma das mais básicas funções do ser humano, os pacientes com disfagia apresentam uma deterioração da sua QdV. Neste estudo, as alterações da deglutição apresentaram um impacto moderado na QdV dos participantes, no entanto uma parcela significativa (46%) referiu que esse impacto é severo. De facto, as implicações da disfagia na qualidade de vida dos pacientes são notórias e devem ser tidas em consideração pelos profissionais de saúde. Pela aplicação do SWAL-QoL foi possível compreender que o que mais afeta a QdV dos participantes é a duração prolongada da alimentação, a escolha limitada dos alimentos que conseguem deglutir e a ininteligibilidade da fala. A maioria dos pacientes refere sentir vergonha ou desconforto ao alimentarem-se e por estarem dependentes de terceiros para o fazerem, sendo que a refeição em âmbito social deixa de ser uma possibilidade em muitos casos. As mais básicas funções como a comunicação e alimentação tornam-se tão debilitadas que o isolamento social e a depressão são alterações frequentes nestes pacientes. Outro ponto a ressaltar e que foi observado neste estudo é o facto de que, quanto mais severa é a disfagia, pior a QdV resultante.

Este trabalho também pretendeu avaliar a relação entre a modalidade terapêutica aplicada e a severidade da disfagia, bem como o seu impacto na QdV. Quando analisadas essas variáveis, foi possível obter significância a esse nível, onde o subgrupo *Cirurgia + RT* apresentou piores pontuações tanto na QdVRD como na severidade da disfagia. Relativamente ao tipo de cirurgia, as glossectomias e cirurgias compostas foram as que apresentaram maiores implicações na deglutição.

Através dos resultados obtidos é possível rejeitar as duas hipóteses nulas e, conseqüentemente, validar as duas hipóteses alternativas. Foi verificado que a disfagia afeta a QdV dos pacientes oncológicos da cavidade oral e orofaringe, e obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas entre a modalidade terapêutica adotada e a severidade da disfagia, bem como o seu impacto na QdV.

Por fim, há que ressaltar a grande adesão dos pacientes à participação neste estudo. Apesar de moroso, os pacientes demonstraram-se sempre colaborantes, possivelmente por estarem familiarizados e sensibilizados com esta problemática. As escalas de

deteção da disfagia devem ser interpretadas com ponderação, sendo a FOIS um ótimo instrumento para *screening* das alterações da deglutição mas, sempre que necessário, deve ser complementada com uma avaliação objetiva, através de examinação instrumental.

Através da realização deste trabalho foi possível compreender o impacto das alterações experienciadas pelos pacientes, servindo como futura diretriz para que os profissionais de saúde sejam capazes de ter uma participação ativa na reabilitação da disfagia, promovendo uma melhoria na qualidade de vida.

Como futura Médica Dentista foi um privilégio para a minha formação académica ter assistido durante 3 meses às consultas do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do IPOLFG, o que me permitiu presenciar diversos casos de patologia da cavidade oral e estar mais consciente e alerta para os sinais e sintomas da doença oncológica. Uma vez que o Médico Dentista se encontra numa posição privilegiada para aceder e observar de forma global a cavidade oral, pode e deve contribuir de forma ativa para o diagnóstico precoce desta patologia. O encaminhamento atempado dos pacientes para as instituições especializadas irá reduzir as elevadas taxas de mortalidade associadas a esta patologia e condicionar um tratamento mais simples, advindo daí menos sequelas para os pacientes entre as quais a disfagia orofaríngea. Embora a população-alvo deste estudo tenha sido pacientes já em *follow-up*, no contexto das consultas pude assistir a primeiras vezes, observar o aspeto clínico das lesões malignas e pré-malignas, o que sem dúvida foi uma mais-valia e enriqueceu a minha formação nesta área. Como conclusão, o diagnóstico precoce desta patologia torna-se um conhecimento incontestável na área da Medicina Dentária, sendo uma via propícia à obtenção de resultados favoráveis tanto para aumentar taxas de sobrevivência, como para atenuar a morbilidade que os tratamentos mais agressivos, habitualmente dirigidos aos estadios avançados da doença, implicam na QdV dos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Argiris, A., Karamouzis, M., Raben, D., & Ferris, R. (2008). Head and Neck Cancer. *The Lancet Seminars*, 1695-1709. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60728-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60728-X)
- Arias, F., Manterola, A., Domínguez, M., Martínez, E., Villafranca, E., Romero, P., et al. (2004). Disfagia aguda de causa oncológica. Manejo terapéutico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27, 109-115. Disponível em: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5067/4298>
- Baker, B., Fraser, A., & Baker, C. (1991). Long-term Postoperative Dysphagia in Oral/Pharyngeal Surgery Patients: Subjects' Perceptions vs. Videofluoroscopic Observations. *Dysphagia*, 6, 11-16. doi: 10.1007/BF02503458.
- Bandeira, A. K., Azevedo, E. H., Vartanian, J. G., Nishimoto, I. N., Kowalski, L. P., & Angelis, E. C.-d. (2008). Quality of Life Related to Swallowing After Tongue Cancer Treatment. *Dysphagia*, 23, 183-192. doi: 10.1007/s00455-007-9124-1.
- Bernier, J., Domenge, C., Ozsahin, M., Matuszewska, K., Lefèbvre, J.-L., Greiner, R., et al. (2004). Postoperative Irradiation with or without Concomitant Chemotherapy for Locally Advanced Head and Neck Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 350, 1945-52. doi: 10.1056/NEJMoa032641.
- Bittar, T. O., Paranhos, L. R., Fornazari, D. H., & Pereira, A. C. (2010). Epidemiological features of oral cancer - a world public health matter. *Revista da faculdade de odontologia da universidade de Passo Fundo*, 15, 87-93. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rfo/v15n1/16.pdf>.
- Boffeta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and Cancer. *The Lancet Oncology*, 7, 149-156. Disponível em: www.omniameeting.com/filereviews/Cortese%20Review.pdf
- Bogaardt, H. C., Speyer, R., Baijens, L. W., & Fokkens, W. J. (2009). Cross-cultural Adaptation and Validation of the Dutch Version of SWAL-QOL. *Dysphagia*, 24, 66-70. doi: 10.1007/s00455-008-9174-z.

- Bourhis, J., Overgaard, J., Audry, H., Ang, K. K., Saunders, M., Bernier, J., et al. (2006). Hyperfractionated or accelerated radiotherapy in head and neck cancer: a meta-analysis. *The Lancet* , 368, 843-854. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69121-6.
- Cann, E. M., Dom, M., Koole, R., Merks, M. A., & Stoelinga, P. J. (2005). Health related quality of life after mandibular resection for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncology* , 41 (7), 687–693. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2005.03.001>.
- Carranza, E., Cossío, P., Guisado, J. M., Aumente, E., & Pérez, J. L. (2008). Assessment of quality of life in oral cancer. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirurgia Bucal* , 13, 735-41. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv13_i11_p735.pdf.
- Carrard, V., Pires, A., Paiva, R., Chaves, A. C., & Filho, M. S. (2008). Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54, 49-56. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_2_pag_49a56.pdf.
- Caudell, J. J., Schaner, P. E., Meredith, R. F., Locher, J. L., Nabell, L. M., Carroll, W. R., et al. (2009). Factors associated with long-term dysphagia after definitive radiotherapy for locally advanced head and neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology*, 73 (2), 410-415. doi: 10.1016/j.ijrobp.2008.04.048.
- Chandu, A., Smith, A. C., & Rogers, S. N. (2006). Health-Related Quality of Life in Oral Cancer: A Review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* , 64, 495-502. doi: 10.1016/j.joms.2005.11.028.
- Cnossen, I., Bree, R. d., Rinkel, R., Eerenstein, S., Rietveld, D., Doornaert, P., et al. (2012). Computerized monitoring of patient-reported speech and swallowing problems in head and neck cancer patients in clinical practice. *Support Care Cancer* , 20, 2925-2931. doi: 10.1007/s00520-012-1422-y.
- Cognetti, D., Weber, R., & Lai, S. (2008). Head and Neck Cancer: An Evolving Treatment Paradigm. *Cancer*, 113 (7), 1911-1932. doi: 10.1002/cncr.23654.

- Crary, M. A., Mann, G. D., & Groher, M. E. (2005). Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients . *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1516-1520. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>.
- Dayyani, F., Etzel, C., Liu, M., Ho, C.-H., Lippman, S., & Tsao, A. (2010). Meta-analysis of the impact of human papillomavirus (HPV) on cancer risk and overall survival in head and neck squamous cell carcinomas (HNSCC). *Head & Neck Oncology* . doi: 10.1186/1758-3284-2-15.
- D'Souza, G., Kreimer, A. R., Viscidi, R., Pawlita, M., Fakhry, C., Koch, W. M., et al. (2007). Case-Control Study of Human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer . *The new england journal of medicine* , 1944-1956. doi: 10.1056/NEJMoa065497.
- Dwivedi, R., Chisholm, E., Khan, A., Harris, N., Bhide, S., Rose, S. S., et al. (2012). An exploratory study of the influence of clinico-demographic variables on swallowing and swallowing-related quality of life in a cohort of oral and oropharyngeal cancer patients treated with primary surgery. *European Archives of Otorhinolaryngology* , 269, 1233-1239. doi: 10.1007/s00405-011-1756-y.
- Dwivedi, R., Rose, S. S., Roe, J., Khan, A., Pepper, C., Nutting, C., et al. (2010). Validation of the Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) in cohort of head and neck cancer patients. *Oral Oncology*, 46, 10-14. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.02.004.
- Dwivedi, R., St.Rose, S., Chisholm, E., Georgalas, C., Bisase, B., Amen, F., et al. (2012). Evaluation of Swallowing by Sydney Swallow Questionnaire in Oral and Oropharyngeal Cancer Patients Treated with Primary Surgery. *Dysphagia* , 27, 491-497. doi: 10.1007/s00455-012-9395-z.
- Eisbruch, A., Lyden, T., Bradford, C. R., Dawson, L. A., Haxer, M. J., Miller, A. E., et al. (2002). Objective assessment of swallowing dysfunction and aspiration after radiation concurrent with chemotherapy for head and neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology* , 53 (1), 23-28. Disponível em: [http://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(02\)02712-8/fulltext](http://www.redjournal.org/article/S0360-3016(02)02712-8/fulltext)

- Fakhry, C., Westra, W., Li, S., Cmelak, A., Ridge, J., Pinto, H., et al. (2008). Improved Survival of Patients With Human Papillomavirus-Positive Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in a Prospective Clinical Trial. *Journal of the National Cancer Institute* , 100, 261-269. doi: 10.1093/jnci/djn011.
- Farri, A., Accornero, A., & Burdese, C. (2007). Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy . *Acta Otorhinolaryngologica Italica* , 27, 83-86. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640007/pdf/0392100X.27.083.pdf>
- Ferlay, J., Shin, H., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. (2010). *GLOBOCAN 2008 v2.0*. (I. A. Cancer, Editor) Obtido em 28 de Maio de 2013, de Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase no.10 [Internet]: <http://globocan.iarc.fr>
- Ferreira, M., Sargento, I., Netto, E., Antunes, T., & Sousa, D. d. (2010). *Protocolos de Diagnóstico e Tratamento dos Tumores da Cabeça e Pescoço*. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Serviço de Oncologia Médica, Serviço de Radioterapia, Lisboa.
- Filho, O. L., Campiotto, A. R., Levy, C., Redondo, M. d., & Anelli-Bastos, W. (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Tecmedd editora.
- Finizia, C., Rudberg, I., Bergqvist, H., & Rydén, A. (2012). A Cross-sectional Validation Study of the Swedish Version of SWAL-QOL. *Dysphagia* , 27, 325-335. doi: 10.1007/s00455-011-9369-6.
- Fioretti, F., Bosetti, C., Tavani, A., Franceschi, S., & Vecchia, C. L. (1999). Risk factors for oral and pharyngeal cancer in never smokers. *Oral Oncology*, 35, 375-378. Disponível em: www.elsevier.com/locate/oraloncology.
- Francis, D. O., Weymuller, E. A., Parvathaneni, U., Merati, A. L., & Yueh, B. (2010). Dysphagia, Stricture and Pneumonia in Head and Neck Cancer Patients: Does Treatment Modality Matter? *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* , 119 (6), 391-397.

- Furia, C. L., Angelis, E. C.-d., Martins, N. M., Barros, A. P., Carneiro, B., & Kowalski, L. P. (2000). Video Fluoroscopic Evaluation After Glossectomy. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* , 126, 378-383. doi: 10.1001/archotol.126.3.378.
- García-Peris, P., Parón, L., Cuerda, C. d., Camblor, M., Bretón, I., Herencia, H., et al. (2007). Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clinical Nutrition* , 26, 710-717. doi: 10.1016/j.clnu.2007.08.006.
- Gaziano, J. E. (2002). Evaluation and Management of Oropharyngeal Dysphagia in Head and Neck Cancer. *Cancer Control*, 9, 400-409. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/442598>.
- Gluck, I., Feng, F. Y., Lyden, T., Haxer, M., Worden, F., Chepeha, D. B., et al. (2010). Evaluating and Reporting Dysphagia in Trials of Chemoirradiation for Head and Neck Cancer. *International Journal of Radiation Oncology*, 77 (3), 727-733. doi: 10.1016/j.ijrobp.2009.05.049.
- Goon, P. K., Stanley, M. A., Ebmeyer, J., Steinsträsser, L., Upile, T., Jerjes, W., et al. (2009). HPV & head and neck cancer: a descriptive update . *Head & Neck Oncology* . doi: 10.1186/1758-3284-1-36.
- Guebur, M. I., Rapoport, A., Sassi, L. M., Oliveira, B. V., Pereira, J. C., & Ramos, G. H. (2004). Alterações do fluxo salivar total não estimulado em pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca e orofaringe submetidos à radioterapia por hiperfracionamento. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50 (2), 103-108.
- Hecht, S. S. (2003). Tobacco Carcinogens, Their Biomarkers and Tobacco-Induced Cancer. *Nature Reviews Cancer*, 3, 733-744. doi:10.1038/nrc1190.
- Infante-Cossio, P., Torres-Carranza, E., Cayuela, A., Gutierrez-Perez, J. L., & Gili-Miner, M. (2009). Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 38, 250-255. doi: 10.1016/j.ijom.2008.12.001.
- International Agency of Research on Cancer. (2013). *GLOBOCAN 2008*.

- Jacobi, J. d., Levy, D. S., & Silva, L. M. (2003). *Disfagia - Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Jerjes, W., Upile, T., Radhi, H., Petrie, A., Abiola, J., Adams, A., et al. (2012). The effect of tobacco and alcohol and their reduction/cessation on mortality in oral cancer patients: short communication . *Head & Neck Oncology* . doi: 10.1186/1758-3284-4-6.
- Jung, S. J., Kim, D. Y., & Joo, S. Y. (2011). Risk Factors Associated with Aspiration in Patients with Head and Neck Cancer. *Annals of Rehabilitation Medicine* , 35, 781-790. doi: 10.5535/arm.2011.35.6.781.
- Khaldoun, E., Woisard, V., & Verin, É. (2009). Validation in French of the SWAL-QOL scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* , 33, 167-171. doi: 10.1016/j.gcb.2008.12.012.
- Kreeft, A. m., Molen, L. v., Hilgers, F. J., & Balm, A. J. (2009). Speech and swallowing after surgical treatment of advanced oral and oropharyngeal carcinoma: a systematic review of the literature. *European Archives of Otorhinolaryngology* , 266, 1687-1698. doi: 10.1007/s00405-009-1089-2.
- Lam, P. M., & Lai, C. K. (2011). The Validation of the Chinese Version of the Swallow Quality-of-Life Questionnaire (SWAL-QOL) Using Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Dysphagia* , 26, 117-124. doi: 10.1007/s00455-010-9272-6.
- Logemann, J., & Bytell, D. (1979). Swallowing Disorders in Three Types of Head and Neck Surgical Patients. *American Cancer Society* , 44, 1095-1105.
- Longo, D. L., Kasper, D. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., & Loscalzo, J. (2011). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill.
- Manikantan, K., Khode, S., Sayed, S., Roe, J., Nutting, C., Rhys-Evans, P., et al. (2009). Disphagya in head and neck cancer. *Cancer Treatment Reviews* , 35, 724-732. doi:10.1016/j.ctrv.2009.08.008.

- Matsuo, K., & Palmer, J. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing - Normal and Abnormal. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 19, 691-707. doi: 10.1016/j.pmr.2008.06.001.
- McHorney, C. A., Bricker, D. E., Kramer, A. E., Rosenbeck, J. C., Robbins, J., Chignell, K. A., et al. (2000). The SWAL-QOL Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults: I. Conceptual Foundation and Item Development. *Dysphagia*, 15, 115-121. doi: 10.1007/s004550010012.
- McHorney, C. A., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J. C., Chignell, K., Kramer, A. E., et al. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults: III. Documentation of Reliability and Validity. *Dysphagia*, 17, 97-114. doi: 10.1007/s00455-001-0109-1.
- Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5, 7-18. Disponível: http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF
- Mittal, B., Pauloski, B., Haraf, D. J., Pelzer, H. J., Argiris, A., Vokes, E. E., et al. (2003). Swallowing Dysfunction - Preventative and Rehabilitation Strategies in Patients with Head and Neck Cancers Treated with Surgery, Radiotherapy and Chemotherapy: A Critical Review. *International Journal of Radiation Oncology*, 57 (5), 1219-1230. doi: 10.1016/s0360-3016(03)01454-8.
- Moreira, S. R. (2012). *Tradução e Validação da EAT-10 e da FOIS para o Português*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Neville, B. W., & Day, T. A. (2002). Oral Cancer and Precancerous Lesions . *CA Cancer J Clin*, 52, 195-215 . Disponível: http://oralcancerfoundation.org/dental/pdf/Dental_professional_overview.pdf
- Nguyen, N. P., Frank, C., Moltz, C., Vos, P., Smith, H., Karlsson, U., et al. (2005). Impact of Dysphagia on Quality of Life after Treatment of Head and Neck Cancer. *International Journal of Radiation Oncology*, 61 (3), 772-778. doi: 10.1016/j.ijrobp.2004.06.017.
- Nguyen, N. P., Moltz, C. C., Frank, C., Karlsson, U., Nguyen, P. D., Vos, P., et al. (2006). Dysphagia severity following chemoradiation and postoperative

- radiation for head and neck cancer. *European Journal of Radiology* , 59, 453-459. doi: 10.1016/j.ejrad.2006.03.019.
- Nguyen, N. P., Moltz, C. C., Frank, C., Vos, P., Smith, H. J., Karlsson, U., et al. (2004). Dysphagia following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer. *Annals of Oncology* , 15, 383-388. doi: 10.1093/annonc/mdh101.
- Nguyen, N., Frank, C., Motlz, C., Millar, C., Smith, H., Dutta, S., et al. (2008). Dysphagia severity and aspiration risk following oral cavity cancer surgery. *Oral Radiology*, 24, 76-79. doi: 10.1007/s11282-008-0080-8.
- Nguyen, N., Motlz, C., Frank, C., Vos, P., Smith, H., Karlsson, U., et al. (2008). Evolution of chronic dysphagia following treatment for head and neck cancer. *Oral Oncology*, 42, 374-380. doi: 10.1016/j.oraloncology.2005.09.003.
- Nordgren, M., Hammerlid, E., Bjordal, K., Ahlner-Elmqvist, M., Boysen, M., & Jannert, M. (2008). Quality of life in oral carcinoma: a 5-year prospective study. *Head & Neck* , 30, 461-470. doi: 10.1002/hed.20735.
- Oskam, I. M., Leeuw, I. M.-d., Aaronson, N. K., Witte, B. I., Bree, R. d., Doornaert, P., et al. (2013). Prospective evaluation of health-related quality of life in long-term oral and oropharyngeal cancer survivors and the perceived need for supportive care. *Oral Oncology*, 49, 443-448. doi:10.1016/j.radonc.2010.02.005.
- Pai, S. I., & Westra, W. H. (2009). Molecular Pathology of Head and Neck Cancer: Implications for Diagnosis, Prognosis and Treatment. *Annual Review of Pathology Mechanisms of Disease*, 4, 49-70. doi: 10.1146/annurev.pathol.4.110807.092158.
- Parkin, D. M., Bray, F., Feray, J., & Pisani, P. (2005). Global Cancer Statistics 2002. *A Cancer Journal for Clinicians*, 74-108. Disponível em: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/55/2/74>.
- Patel, S. G., & Shah, J. P. (2005). TNM Staging of Cancers of the Head and Neck: Striving for Uniformity Among Diversity. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 242-258. Disponível em: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/55/4/242>.

- Pauloski, B. (2009). Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 889-928. doi: 10.1016/j.pmr.2008.05.010.
- Pauloski, B., Rademaker, A., Logemann, J., McConnel, F., Heiser, M. A., Cardinale, S., et al. (2004). Surgical variables affecting swallowing in patients treated for oral/oropharyngeal cancer. *Head & Neck*, 26, 625-636. doi: 10.1002/hed.20013.
- Pedersen, A., Bardow, A., Jensen, S., & Nauntofte, B. (2002). Saliva and gastrointestinal functions of taste, mastication, swallowing and digestion. *Oral Diseases*, 8, 117-129. doi: 10.1034/j.1601-0825.2002.02851.x
- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, A. d. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte*, 26, 241-250.
- Pignon, J.-P., Maître, A. I., Maillard, E., & Bourhis, J. (2009). Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): An update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiotherapy and Oncology*, 92, 4-14. doi: 10.1016/j.radonc.2009.04.014.
- Platteaux, N., Dirix, P., Dejaeger, E., & Nuyts, S. (2010). Dysphagia in Head and Neck Cancer Patients Treated with Chemoradiotherapy. *Dysphagia*, 25, 139-152. doi: 10.1007/s00455-009-9247-7.
- Poschl, G., & Seitz, H. (2004). Alcohol and Cancer. *Alcohol&Alcoholism*, 39, 155-165. doi:10.1093/alcalc/agh057.
- Raber-Durlacher, J., Brennan, M., Leeuw, I. V.-d., Gibson, R., Eilers, J., Waltimo, T., et al. (2012). Swallowing dysfunction in cancer patients. *Support Care Cancer*, 20, 433-443. doi: 10.1007/s00520-011-1342-2.
- Regezi, J. A., Sciubba, J. J., & Jordan, R. C. (2003). *Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations* (4ª edição ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier .

- Rodu, B., & Jansson, C. (2004). Smokeless Tobacco and Oral Cancer: A review of the risks and determinants. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 252-263. doi: 10.1177/154411130401500502
- Rogers, S. N., Thomson, R., O'Toole, P., & Lowe, D. (2007). Patients experience with long-term percutaneous endoscopic gastrostomy feeding following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 43, 499-507. doi: 10.1016/j.oraloncology.2006.05.002.
- Russi, E. G., Corvò, R., Merlotti, A., Alterio, D., Franco, P., Pergolizzi, S., et al. (2012). Swallowing dysfunction in head and neck cancer patients treated by radiotherapy: review and recommendations of the supportive task group of the Italian Association of Radiation Oncology. *Cancer Treatment Reviews*, 38, 1033-1049. doi: 10.1016/j.ctrv.2012.04.002.
- Saman, D. M. (2012). A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma. *Head & Neck Oncology*, 4, 1-7. doi: 10.1186/1758-3284-4-1.
- Sambargi, U. C., Pai, A., Maligi, P., Ramanarayan, K., & Sanjay, J. (2012). Recent advances in chemotherapy for head and neck cancers. *Journal of Orofacial Sciences*, 4 (1), 15-18. doi: 10.4103/0975-8844.99880.
- Santos, L. C., Batista, O. d., & Cangussu, M. C. (2010). Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76 (4), 16-22. Disponível em: <http://www.bjorl.org.br>.
- Seiwert, T. Y., & Cohen, E. W. (2005). State-of-the-art management of locally advanced head and neck cancer. *British Journal of Cancer*, 92, 1341-1348. doi: 10.1038/sj.bjc.6602510.
- Shah, J. P., & Patel, S. G. (2001). *Cancer of the Head and Neck (Acs Atlas of Clinical Oncology)*. Hamilton: pmph usa.
- Shah, J. P., Patel, S. G., & Singh, B. (2012). *Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology*. Filadélfia: Mosby.
- Shepherd, K., & Fisher, S. (2004). Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-

- treatment. *Oral Oncology*, 40, 751-757. doi: 10.1016/j.oraloncology.2004.01.018.
- Silveira, A., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E., et al. (2012). Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15, 38-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100004> .
- Silveira, A., Ribeiro, C., Gonçalves, J., Oliveira, A., Silva, I., Lopes, C., et al. (2009). Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: comparação de instrumentos de medida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 59-66.
- Slebos, R. J., Yi, Y., & Ely, K. (2006). Gene Expression Differences Associated with Human Papillomavirus Status in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Clinical Cancer Research*, 12, 701-709. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-05-2017.
- Souto, R., Felhari, J. B., & Cruz, A. D. (2005). O Papilomavírus Humano: um factor relacionado com a formação de neoplasias. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51, 155-160. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao2.pdf
- Speyer, R., Heijnen, B., Baijens, L., Vrijenhoef, F., Otters, E., Roodenburg, N., et al. (2011). Quality of Life in Oncological Patients with Oropharyngeal Dysphagia: Validity and Reliability of the Dutch Version of the MD Anderson Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index. *Dysphagia*, 26, 407-414. doi: 10.1007/s00455-011-9327-3.
- Suarez-Cunqueiro, M. M., Schramm, A., Schoen, R., Seoane-Lestón, J., Otero-Cepeda, X. L., Bormann, K. H., et al. (2008). Speech and Swallowing Impairment After Treatment for Oral and Oropharyngeal Cancer. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 134, 1299-1304. doi: 10.1001/archotol.134.12.1299.

- Thomas, L., Jones, T. M., Tandon, S., Katre, C., Lowe, D., & Rogers, S. N. (2008). An evaluation of the University of Washington Quality of Life swallowing domain following oropharyngeal cancer. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 265, S29-S37. doi: 10.1007/s00405-007-0470-2.
- Thomas, L., Moore, E. J., Olsen, K. D., & Kasperbauer, J. L. (2012). Long-Term Quality of Life in Young Adults Treated for Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 121 (6), 395-401.
- Union for International Cancer Control. (2013). Obtido em 7 de Maio de 2013, de UICC Global Cancer Control: <http://www.uicc.org/resources/tnm>
- Vanderwegen, J., Nuffelen, G. V., & Bodt, M. D. (2013). The Validation and Psychometric Properties of the Dutch Version of the Swallowing Quality-of-Life Questionnaire (DSWAL-QOL). *Dysphagia*, 28, 11-23. doi:10.1007/s00455-012-9408-y.
- Vieira, D. O. (2010). *Validação da Versão Portuguesa do questionário SWAL-QoL em doentes com Patologia Oncológica da Cabeça e Pescoço*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/44546/2/tese.pdf>
- Vieira, D. O., & Monteiro, E. (2009). *A intervenção dos terapeutas da fala nas sequelas de cirurgias de tumores de cabeça e pescoço*. Porto: Cadernos de Comunicação e Linguagem. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2880/3/101-117.pdf>
- Villaret, A. B., Cappiello, J., Piazza, C., Pedruzzi, B., & Nicolai, P. (2008). Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 28, 120-125. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667235/pdf/0392100X.28.120.pdf>
- World Gastroenterology Organization. (2004, Janeiro). *WGO Practice Guidelines: Disfagia*. Disponível em 28 de Março de 2013 em World Gastroenterology


Organisation (WGO): Global Guardian of Digestive Health:
<http://www.worldgastroenterology.org>

Zuydama, A., Rogersb, S., Brownb, J., Vaughanb, E., & Magennisc, P. (2000). Swallowing rehabilitation after oro-pharyngeal resection for squamous cell carcinoma. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38 (5), 515-518. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1054/bjom.2000.0482>

Zygogianni, A. G., Kyrgias, G., Karakitsos, P., Psyrris, A., Kouvaris, J., Kelekis, N., et al. (2012). Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking . *Head & Neck Oncology* . doi: 10.1186/1758-3284-3-2.

ANEXOS

ANEXO 1- Parecer do Conselho de Investigação do IPOLFG.

 IPOLFG, EPE	Parecer do Conselho de Investigação	UIC
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Unidade de Investigação Clínica	

Tipo de Projecto: Ensaio Clínico ☐ Estudo Observacional ☐
Investigação Básica ☐ Estudo Laboratorial ☐

Título: "O Impacto da Disfagia na Qualidade de Vida do Paciente com Carcinoma da Cavidade Oral e Orofaringe"

**Promotor/
Entidade
financiadora:**

Investigador Responsável: Joana Ribeiro

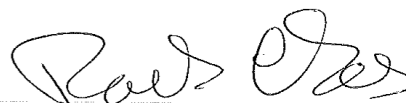
Serviços participantes Serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço

PARECER DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO:

O presente estudo, que visa a avaliação da disfagia no contexto da patologia oncológica oral e orofaríngea, bem como a sua repercussão sobre a qualidade de vida dos doentes, tem objectivos claros e metodologias bem desenhadas e capazes de responder aos objectivos propostos. Apesar de se tratar de um estudo académico os seus resultados poderão contribuir para a melhor compreensão dos problemas clínicos nesta área da patologia oncológica enquadrando-se por isso nos objectivos e metodologias defendidas para a investigação no IPOLFG-EPE.

Data:

Assinatura:



Pelo Conselho de Investigação

ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética do IPOLFG.

Parecer da Comissão de Ética

O projecto de Investigação intitulado “O IMPACTO DA DISFAGIA NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CARCINOMA DA CAVIDADE ORAL E OROFARINGE” – UIC/810 da responsabilidade da investigadora, Joana de Carvalho Borges Ribeiro, surge no âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária a decorrer no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Este estudo do tipo transversal prospectivo, realizar-se-á a pacientes portadores de carcinoma da cavidade oral e orofaringe, com e sem disfagia, seguidos nas consultas de follow-up do Serviço de Cirurgia da Cabeça e Pescoço do IPOFG-EPE. Tem como objectivos avaliar as repercussões da disfagia na qualidade de vida dos pacientes e qual o tipo de cirurgia e/ou tratamento coadjuvante tem maior influência no aparecimento de disfunções da deglutição, no contexto da patologia oncológica oral e orofaríngea.

A Comissão de Ética considera que, após nos terem sido enviados os elementos solicitados, este projecto de investigação, reúne as condições éticas para ser aprovado.

O Consentimento Informado está claro quanto aos objetivos, é explícito quanto à confidencialidade e quanto à natureza de não haver qualquer prejuízo à participação voluntária, e à decisão de não participar ou de poder deixar o estudo a qualquer momento.

Este estudo não representa quaisquer encargos para o IPOFG.

IPOFG-EPE, 15 de Maio de 2013

P' la Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO 3 – Aprovação do Conselho de Administração do IPOLFG.



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.**

Unidade de Investigação Clínica

NOTA DE SERVIÇO

De: Unidade de Investigação Clínica

Data: 16/05/2013

Para: Dr. João Oliveira
Vogal do Conselho de Administração

N.º : 123/2013

ASSUNTO: Projecto de investigação intitulado “O IMPACTO DA DISFAGIA NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CARCINOMA DA CAVIDADE ORAL E OROFARINGE” – UIC/810.

Obtidos os pareceres favoráveis do Conselho de Investigação e da Comissão de Ética, junto envio o processo do estudo mencionado em epígrafe para autorização final.

Com os melhores cumprimentos,

Unidade de Investigação Clínica

Carcinoma Osta

Autografo

[Signature]

16/5/13

JOÃO OLIVEIRA
Vogal do Conselho de Administração

119663

16/05/2013
119663-5

ANEXO 4 – Parecer da Comissão de Ética do ISCSEM.



Ex.ma Senhora
Joana de Carvalho Borges Ribeiro

Monte de Caparica, 23 de maio de 2013

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema "O impacto da Disfagia na Qualidade de Vida do Paciente com Carcinoma da Cavidade Oral e Orofaríngea", foi aprovado por unanimidade.

Queira aceitar os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

C.C. - Doutor Jorge Rosa Santos

EGAS MONIZ – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL
Campus Universitário – Quinta da Granja – Monte de Caparica
2829-511 Caparica

ANEXO 5 – Consentimento Informado.

IMPACTO DA DISFAGIA NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CARCINOMA DA CAVIDADE ORAL E OROFARINGE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Voluntário nº() Iniciais do voluntário: ()

Data de Nascimento: ____/____/____

a) Objetivo e justificativa da pesquisa:

Obrigado(a) pela sua participação como voluntário(a) na nossa pesquisa para a dissertação de tese do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, com o título **"O Impacto da Disfagia na Qualidade de Vida do Paciente com Carcinoma da Cavidade Oral e Orofaringe"**. O objetivo é estudar e avaliar o impacto da disfagia em pacientes oncológicos da cabeça e pescoço e determinar qual o tipo de cirurgia e/ou tratamento coadjuvante tem maior influência para o aparecimento de disfunções da deglutição. Com isto pretende-se compreender o impacto das alterações vivenciadas pelos pacientes para que, desta forma, os profissionais de saúde possam ter um maior contributo para a reabilitação das disfagias.

b) Riscos possíveis e benefícios esperados:

Será aplicado um questionário para a identificação das suas perturbações da deglutição e qualidade de vida.

Todos os procedimentos serão realizados pelo pesquisador, que é qualificado para isso.

Não se espera que tenha algum problema em consequência da realização das atividades de pesquisa, porque estes não oferecem nenhum risco ou desconforto.

c) Procedimentos:

Será aplicado um questionário chamado SWAL-QOL-PT, para avaliarmos as suas perturbações da deglutição e qualidade de vida.

d) Acesso às informações:

Poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, mesmo que tenha assinado este termo de consentimento, e solicitar informações acerca dos métodos utilizados no estudo. Para tal, deverá fazê-lo utilizando os seguintes contactos do pesquisador (Tlm: 919415312 / e-mail: joanacribeiro@gmail.com).

As informações obtidas de cada paciente são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico, sem divulgar o nome do participante. O pesquisador, os demais participantes neste estudo e a Comissão de Ética, terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem contudo violar a confidencialidade necessária.

A assinatura deste formulário de consentimento formaliza sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados.

e) Termo de Consentimento:

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar neste estudo e através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo ao pesquisador Joana de Carvalho Borges Ribeiro, portadora do BI nº. 12634308, a utilizar as informações obtidas sobre a minha pessoa, através do que for falado, escrito e visto, com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico.

Autorizo, também, a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar depoimentos e resultados de exames. Concedo também o direito de retenção e uso para fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudónimos. Estou ciente que nada tenho a exigir a título de ressarcimento ou indemnização pela minha participação na pesquisa.

Declaro ter conhecimento que tal trabalho será desenvolvido através da realização de uma entrevista e recolha de dados contendo, entre outras, informações psicossociais e sócio-económicas, previamente apresentados.

Lisboa, ____ de _____ de 2013

De acordo, _____
(assinatura ou impressão digital)

ANEXO 6 – Versão portuguesa do SWAL-QoL

SWAL-QOL-PT

Avaliação da Qualidade de Vida nas Perturbações de Deglutição

Versão portuguesa do SWAL-QOL Survey de Colleen A. McHorney, PhD, JoAnne Robbins, PhD, Kevin Lomax, MHA, John C. Rosenbek, PhD, Kimberly Chignell, MS, Amy E. Kramer, MS & D. Earl Bricker, MS (2002)

Adaptado por Eva Bolle Antunes, SLP e Daniela Vieira, SLP (2009)

Instruções de Preenchimento

O presente questionário foi construído para avaliar de que modo o seu problema em engolir tem afectado a sua qualidade de vida no dia-a-dia.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e assinale, com um círculo, a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Responda a todas as perguntas mesmo que algumas afirmações lhe pareçam iguais, pois todas elas são diferentes.

Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	3	4	5

No caso de se enganar, deve proceder do seguinte modo:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	3	4	5

Nota importante:

Sabemos que pode ter vários problemas físicos. Por vezes, torna-se difícil separá-los das dificuldades em engolir, mas esperamos que se consiga concentrar **apenas** no seu **problema em engolir**. Obrigado pelo seu esforço em completar este questionário.

ANEXO 6 - Versão portuguesa do SWAL-QoL

1. Apresentam-se, de seguida, afirmações que pessoas com **problemas em engolir** podem produzir. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
É muito difícil lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir é um grande estorvo na minha vida.	1	2	3	4	5

2. Apresentam-se, de seguida, afirmações sobre a alimentação diária ditas por pessoas com **problemas em engolir**. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
Na maioria dos dias não me importo se como ou se não como.	1	2	3	4	5
Demoro mais tempo a comer do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
Raramente tenho fome.	1	2	3	4	5
Demoro imenso tempo a comer uma refeição.	1	2	3	4	5
Já não sinto prazer em comer.	1	2	3	4	5

3. Apresentam-se, de seguida, alguns problemas físicos sentidos por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência**, experimentou cada um desses problemas em consequência das suas dificuldades em engolir.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequente-mente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tossir.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao comer alimentos.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao beber líquidos.	1	2	3	4	5
Ter saliva ou expectoração espessas.	1	2	3	4	5
Vontade de vomitar.	1	2	3	4	5
Babar-me.	1	2	3	4	5
Problemas em mastigar.	1	2	3	4	5
Ter muita saliva ou expectoração.	1	2	3	4	5
Ter de limpar a garganta (pigarrear).	1	2	3	4	5
Ficar com a comida presa na garganta.	1	2	3	4	5
Ficar com a comida presa na boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pela boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pelo nariz.	1	2	3	4	5
Tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos.	1	2	3	4	5

ANEXO 6 - Versão portuguesa do SWAL-QoL

4. De seguida, responda o **quanto concorda** com cada uma das afirmações sobre o modo como o seu **problema em engolir** afectou a sua dieta e alimentação no último mês.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Saber o que posso e o que não posso comer é um problema para mim.	1	2	3	4	5
É difícil encontrar comida que eu goste e que ao mesmo tempo possa comer.	1	2	3	4	5

5. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem sobre comunicação se aplicaram a si devido ao seu **problema em engolir**.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
As pessoas têm bastante dificuldade em compreender o que digo.	1	2	3	4	5
Tem sido difícil para mim falar com clareza.	1	2	3	4	5

6. Apresentam-se, de seguida, algumas preocupações mencionadas por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses sentimentos.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequente-mente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tenho medo de me engasgar quando como alimentos.	1	2	3	4	5
Tenho medo de apanhar uma pneumonia.	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar quando bebo líquidos.	1	2	3	4	5
Nunca sei quando me vou engasgar.	1	2	3	4	5

7. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem **foram verdadeiras** para si devido ao seu **problema em engolir**.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre verdade	Frequente-mente verdade	Algumas vezes verdade	Raramente verdade	Nunca verdade
O meu problema em engolir deprime-me.	1	2	3	4	5
Ter de ter muitos cuidados a comer ou a beber aborrece-me.	1	2	3	4	5
Sinto-me desencorajado devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir frustra-me.	1	2	3	4	5
Fico impaciente ao lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

ANEXO 6 - Versão portuguesa do SWAL-QoL

8. Pense na sua vida social no último mês. Refira o **quanto concorda** com cada uma das afirmações que se seguem.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Não vou comer fora por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir dificulta a minha vida social.	1	2	3	4	5
O meu trabalho ou as minhas actividades de lazer alteraram-se por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
As situações sociais (como férias ou festas) não são agradáveis por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu papel com familiares e amigos modificou-se devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

9. No último mês, **com que frequência** sentiu cada um dos seguintes sintomas físicos.

(Assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em adormecer.	1	2	3	4	5
Sentir-me cansado.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em ficar a dormir.	1	2	3	4	5
Sentir-me exausto.	1	2	3	4	5

10. Actualmente, come ou bebe através de uma sonda de alimentação?

(Assinale, com um círculo, apenas um número)

Não 1
Sim 2

11. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência ou textura dos alimentos que comeu mais vezes na última semana.

(Assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Dieta completamente normal, com uma grande variedade de alimentos, incluindo alimentos difíceis de mastigar como bifes, cenouras, pão, salada e pipocas.
B	Alimentos moles e fáceis de mastigar como estufados, fruta de conserva, legumes cozidos, carne picada ou sopas passadas.
C	Alimentos que tenham sido triturados por uma varinha mágica ou picadora, como comida em puré.
D	A maior parte da alimentação é feita através de sonda, comendo por vezes gelados, pudins, compotas, ou outros alimentos saborosos.
E	Toda a alimentação é feita através de sonda.

ANEXO 6 - Versão portuguesa do SWAL-QoL

12. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência dos líquidos que bebeu mais vezes na última semana.

(Assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Bebe líquidos como água, chá, sumo de fruta e café
B	A maior parte dos líquidos são espessos, como néctar de pêssago. Esses líquidos espessos escorrem lentamente da colher quando virada para baixo.
C	Os líquidos são moderadamente espessos. São líquidos difíceis de beber por uma palha, como é o caso dos batidos espessos, ou que escorrem muito lentamente, gota-a-gota, da colher quando virada para baixo, como o mel.
D	Os líquidos são muito espessos, ficando agarrados à colher quando virada para baixo, como pudim.
E	Não bebe líquidos pela boca ou apenas está limitado a pedaços e gelo.

13. No geral, considera que a sua saúde é:

(Assinale, com um círculo, apenas um número)

Má 1
 Razoável 2
 Boa 3
 Muito boa 4
 Excelente 5

ANEXO 7 – FOIS

ITEMS FOIS

Processo de adaptação do FOIS de Michael A. Crary, PhD, Giselle D. Carnaby Mann, PhD, MPH & Michael E. Groher, PhD, (1990)

Adaptado por Daniela Vieira, SLP (2009)

Nível 1	Nada pela boca
Nível 2	Dependente de entubação com tentativas mínimas de ingestão de alimentos ou líquidos
Nível 3	Dependente de entubação com ingestão oral sistémica de alimentos ou líquidos
Nível 4	Dieta totalmente oral de uma só consistência
Nível 5	Dieta totalmente oral com múltipla consistência mas requerendo preparação especial ou compensações
Nível 6	Dieta totalmente oral com múltipla consistência, sem preparação especial mas com limitações de alimentos específicos
Nível 7	Dieta totalmente oral sem restrições